

2021

г.ЧЕРКЕССК

СБОРНИК

методических разработок и
докладов

I НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ КОФЕРЕНЦИЯ «Идеи образования 2021»

[Сборник подготовлен по материалам, представленным в электронном виде. Всю ответственность за содержание несут авторы]

**РГБОУ
«КАРАЧАЕВО - ЧЕРКЕССКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**



СОДЕРЖАНИЕ

1. *Аранко Сергей Анатольевич, Байкалов Игорь Андреевич ГБПОУ Камчатского края Камчатский медицинский колледж*. УМР по организации внеаудиторной самостоятельной работы по теме: «Организация сестринского процесса пострадавшим с термическими поражениями и с синдромом длительного сдавливания на догоспитальном этапе».....5
2. *Астежева Гашианаго Магомедбиевна РГБОУ «Карачаево-Черкесский медицинский колледж»*. Фрагмент открытого урока «Эпоха Петра Великого».....15
3. *Бирюкова Елена Владимировна «ГБПОУ СК Пятигорский медицинский колледж»*. Применение кроссвордов для контроля качества знаний обучающихся.....21
4. *Демирташ Фатима Абдулкеримовна РГБОУ «Карачаево – Черкесский медицинский колледж»*. Фрагмент методической разработки практического занятия по английскому языку по теме: «Уход за больным с инсультом»....26
5. *Джанкезова Джаннетта Рашидовна РГБОУ «Карачаево – Черкесский медицинский колледж»*. Фрагмент учебно – методического пособия для преподавателей и самостоятельной подготовки студентов к практическим занятиям: «Схема клинического обследования больного».....33
6. *Дзыба Людмила Назировна РГБОУ «Карачаево-Черкесский медицинский колледж»*. Фрагмент методической разработки практического занятия по терапии для студентов по теме: «Анемия, особенности течения при беременности».....37
7. *Долаева Жанна Владимировна РГБОУ «Карачаево-Черкесский медицинский колледж»*. Фрагмент методической разработки по теме: «Сердечно – легочная реанимация».....47
8. *Каташевич Людмила Валерьевна ГБПОУ Камчатского края Камчатский медицинский колледж*. Методическая разработка практического занятия по теме: «Клинические проявления наследственных заболеваний».....83
9. *Кагиева Айшат Ильясовна РГБОУ «Карачаево- Черкесский медицинский колледж»*. Фрагмент методической разработки практического занятия для преподавателей по теме: «Сестринская помощь при заболеваниях щитовидной железы».....107

10. **Кагиева Зухра Нур-Магомедовна** РГБОУ «Карачаево-Черкесский медицинский колледж». Фрагмент методической разработки практического занятия для преподавателей по теме: «Лекарственные средства кардиотонического действия, влияющие на сердечно – сосудистую систему» 114
11. **Кенжева Алеся Мурадиновна** РГБОУ «Карачаево-Черкесский медицинский колледж». Фрагмент методической разработки практического занятия для преподавателей по теме: «Инструментальные методы исследования».....120
12. **Кошелева Елена Николаевна** РГБОУ « Карачаево- Черкесский медицинский колледж». Фрагмент открытого урока по теме: «Текстовый редактор OpenOffice org. Writer. Гиперссылки в текстовом документе»...126
13. **Кочеткова Светлана Николаевна**, ГБПОУ СК «Буденновский медицинский колледж». Методическая разработка урока биологии по теме: «Расы человека и их происхождение».....132
14. **Койчуева Аминат Амырбиевна** РГБОУ «Карачаево- Черкесский медицинский колледж». **Фрагмент рабочей тетради по фармакологии**.....151
15. **Лысенко Галина Викторовна, Рекашова Татьяна Николаевна**, *Ессентукский филиал ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России*. «Учить, нельзя сдаваться!» – девиз преподавателей общепрофессиональных дисциплин (из опыта работы).....157
16. **Мазурина Марина Петровна** ГБПОУ СК «Пятигорский медицинский колледж». Опыт применения мультимедийных технологий в преподавании математики в медицинском колледже.....160
17. **Пляскина Ирина Валентиновна** ГБПОУ Камчатского края Камчатский медицинский колледж». Фрагмент открытого практического занятия по теме: «Ведение беременности и родов при неправильном положении плода».....167
18. **Потапова Елена Витальевна** ГБПОУ Камчатского края Камчатский медицинский колледж». Интерактивный плакат как способ активизации учебной деятельности обучающихся на занятиях «Химия».....173
19. **Потёмкина Лилия Викторовна, Трошина Елена Валерьевна**, *Ессентукский филиал ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России* «ОСД на дистанте: творческий подход к практическому обучению» (из опыта работы).....174
20. **Петрунина Татьяна Григорьевна** РГБОУ « Карачаево-Черкесский медицинский колледж». Фрагмент урока «Сложные эфиры».....177

21. **Саутина Елена Витальевна**, КГБПОУ «Владивостокский базовый медицинский колледж». Методическая разработка по организации (внеаудиторной) самостоятельной работы обучающихся.....180
22. **Силенко Евгения Александровна** ГБПОУ СК «Буденновский медицинский колледж» Методическая разработка элемента практического занятия (самостоятельная работа) в форме деловой игры по теме: «Сестринский процесс при кори, краснухе».....200
23. **Салпагаров Борисбий Харшимович** РГБОУ «Карачаево- Черкесский медицинский колледж». Фрагмент методической разработки практического занятия для обучающихся по теме: «Лёгкая атлетика».....236
24. **Саркисова Анна Альбертовна**, ГБПОУ СК «Ставропольский базовый медицинский колледж». Методическая разработка занятия по теме: «Применение автоматизированных систем управления в медицине».....242
25. **Салпагарова Индира Эреджебовна** ГБОУ «Карачаево- Черкесский медицинский колледж». Методическая разработка практического занятия для обучающихся по теме: «Сестринский процесс I этап – объективное сестринское обследование».....248
26. **Шушпанова Ольга Лаврентьевна, Шушпанов Андрей Анатольевич**
ГБПОУ СК «Пятигорский медицинский колледж». Применение современных образовательных технологий на уроках общепрофессиональных дисциплин.....270
27. **Яковишин Галина Викторовна** ГБПОУ Камчатского края Камчатский медицинский колледж». Методическая разработка урока-игры по теме: «Я назначаю встречу вам в Париже».....280

*Арапко Сергей Анатольевич
Байкалов Игорь Андреевич*

ГБПОУ Камчатского края «Камчатский медицинский колледж»

Министерство здравоохранения Камчатского края
Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
Камчатского края «Камчатский медицинский колледж»

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ОРГАНИЗАЦИИ ВНЕАУДИТОРНОЙ
САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ
по МДК 03.02 Медицина катастроф
по теме: «Организация сестринского процесса пострадавшим с
термическими поражениями и с синдромом длительного сдавливания на
догоспитальном этапе»
для студентов специальности 34.02.01 «Сестринское дело»**

Разработчик: ГБПОУ КК «КМедК»
Преподаватели: Арапко С.А.
Байкалов И.А.

Рассмотрено на заседании ЦМК
клинических дисциплин
Протокол № 1 от «___» _____ 2021 г.

Председатель ЦМК _____ /

г. Петропавловск-Камчатский, 2021 г.

Учебно-методические рекомендации по организации внеаудиторной самостоятельной работе для студентов по МДК 03.02 Медицина катастроф ПМ.03 Оказание доврачебной помощи при неотложных и экстремальных состояниях по специальности 34.02.01 «Сестринское дело» разработаны на основе Федерального государственного образовательного стандарта (далее – ФГОС) по специальности среднего профессионального образования 34.02.01 «Сестринское дело».

Самостоятельная внеаудиторная работа студентов, является частью программы подготовки специалистов среднего звена в соответствии с ФГОС по специальности 34.02.01 «Сестринское дело» в части освоения вида профессиональной деятельности: оказание доврачебной помощи при неотложных и экстремальных состояниях и соответствующих профессиональных компетенций (далее - ПК):

Цель дисциплины – дать студентам достаточный объем теоретических и практических знаний по основным разделам современной экстренной и неотложной медицинской помощи, формировать у них основные принципы клинического и диагностического мышления, научить студентов основополагающим принципам оказания доврачебной экстренной медицинской помощи, подготовить их к самостоятельной лечебно-профилактической работе по специальности.

Задачи дисциплины:

1. Ознакомление студентов с принципами организации доврачебной неотложной и экстренной медицинской помощи в учреждениях государственного и негосударственного подчинения.

2. Формирование у студентов представлений об этиологии и патогенезе неотложных состояний.

3. Ознакомление студентов с клиническими проявлениями, принципами доврачебной неотложной и экстренной медицинской помощи и профилактики неотложных состояний.

4. Ознакомление студентов с современными методами и средствами асептики, антисептики и дезинфекции.

5. Ознакомление студентов с оказанием доврачебной помощи при неотложных состояниях.

6. Ознакомление студентов с принципами оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях.

8. Формирование у студентов здорового образа жизни.

9. Формирование у студентов мотивации к повышению культурного и профессионального уровня.

10. Формирование у студентов умения проводить санитарное просвещение населения.

С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями обучающийся в ходе освоения дисциплины должен:

знать:

- причины, стадии и клинические проявления терминальных состояний;
- алгоритмы оказания медицинской помощи при неотложных состояниях;
- классификацию и характеристику чрезвычайных ситуаций;
- правила работы лечебно-профилактического учреждения в условиях чрезвычайных ситуаций;

иметь практический опыт:

- оказания неотложной помощи при неотложных состояниях;

уметь:

- проводить мероприятия по восстановлению и поддержанию жизнедеятельности организма при неотложных состояниях самостоятельно и в бригаде;
- оказывать помощь при воздействии на организм токсических и ядовитых веществ самостоятельно и в бригаде;
- проводить мероприятия по защите пациентов от негативных воздействий при чрезвычайных ситуациях;

- действовать в составе сортировочной бригады.

Сутью освоения программы МДК 03.02. Медицина катастроф профессионального модуля ПМ.03 является овладение обучающимися видом профессиональной деятельности - оказание доврачебной медицинской помощи при неотложных и экстремальных состояниях, в том числе профессиональными (ПК) и общими (ОК) компетенциями:

ПК.3.1. Оказывать доврачебную помощь при неотложных состояниях и травмах

ПК.3.2. Участвовать в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях.

ПК 3.3. Взаимодействовать с членами профессиональной бригады и добровольными.

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов (подчиненных), за результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

Рекомендации по работе с учебно-методическим пособием

При организации самостоятельной работы в рамках изучения дисциплины МДК 03.02 Медицина катастроф ПМ.03 Оказание доврачебной помощи при неотложных и экстремальных состояниях необходимо учитывать:

—данные методические рекомендации;

—литературу, указанную в списке рекомендуемой литературы.

Выписка из программы:

рекомендуемое количество часов на освоение программы дисциплины МДК 03.02 Медицина катастроф ПМ.03 Оказание доврачебной помощи при неотложных и экстремальных состояниях:

максимальной учебной нагрузки обучающегося – 51 час, включая:

- обязательной аудиторной учебной нагрузки обучающегося – 34 часа;
- самостоятельной работы обучающегося – 17 часов.

Самостоятельная работа по теме: Организация сестринского процесса пострадавшим с термическими поражениями и с синдромом длительного сдавливания на догоспитальном этапе.

Время выполнения задания: 4 часа.

Задания:

—подготовить интеллект-карту по теме: «Отморожение. Классификация, клиника, диагностика» (приложение 1);

—заполнить таблицу «Классификация отморожений по глубине поражения» (приложение 2);

—решение ситуационных задач (приложение 3);

—тестовый контроль (приложение 4);

—составить алгоритм оказания медицинской помощи при термическом ожоге (по степеням).

Приложение 1

Требования к разработке интеллект-карт

1. Интеллект-карта должна содержать не менее двух уровней раскрытия основного понятия (или темы). Первый уровень – основные подтемы (аспекты, виды, подходы, позиции). Второй уровень – структурированное раскрытие основных подтем.

2. На карте должны быть представлены интегративные связи между различными подходами, аспектами и т.д. темы через использование инструмента «плавающая тема» и связей.

3. К каждой подтеме каждого уровня должен быть прикреплен через гиперссылку текст (файл), раскрывающий содержание подтемы). Текстовые файлы должны быть оформлены по всем требованиям ГОСТ (с указанием использованных источников, оформлением ссылок и т. д.).

4. Карта должна представлять в единстве исторический и методологический аспекты вопроса.

5. На карте и в текстах должен быть представлен персоналогический подход (значение деятельности и вклад в развитие педагогики выдающихся ученых, философов, педагогов, государственных деятелей и др.).

6. Карта должна раскрывать тему в единстве логических и образных средств (видеоряд).

Интеллект-карта может быть создана в любом сервисе (www.bubbl.us).

Приложение 2

Классификация отморожений по глубине поражения

Степень отморожения	Морфологические изменения	Клинические проявления
I степень		
II степень		
III степень		
IV степень		

Критерии оценивания самостоятельной работы по составлению таблиц:

«отлично» - 91-100% правильных ответов

«хорошо» - 81-90% правильных ответов

«удовлетворительно» - 70-80% правильных ответов

«неудовлетворительно» - ниже 69% правильных ответов

Приложение 3

Ситуационные задачи

1) В результате пожара жилого помещения мужчина получил ожог головы, передней поверхности туловища и верхних конечностей. Больной крайне возбуждён, на лице имеются вскрывшиеся пузыри, на передней поверхности грудной клетки плотная тёмная корка, в области живота вскрывшиеся пузыри.

Задания:

1. Определите неотложное состояние пациента
2. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.
3. Продемонстрируйте технику наложения спиральной повязки на грудную клетку.

2) В результате пожара воспламенилась одежда на ребенке. Пламя затушили. При осмотре: состояние тяжелое, заторможен, безучастен, пульс частый, артериальное давление снижено, дыхание поверхностное. На коже лица пузыри с прозрачным содержимым, вскрывшиеся пузыри, участки обугленной кожи.

Задания:

1. Определите неотложное состояние пациента
2. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.
3. Продемонстрируйте технику подсчета пульса и измерения артериального давления.

Критерии оценивания:

«отлично» - работа по содержанию выдерживает все требования, вопросы раскрыты полно, по оформлению замечания отсутствуют.

«хорошо» - работа по содержанию выдерживает все требования, вопросы раскрыты не в полном объеме;

«удовлетворительно» - имеются замечания по оформлению, вопросы раскрыты не на должном уровне;

«неудовлетворительно» - в работе содержание не соответствует теме.

Приложение 4

Тестовый контроль

1. Что характерно для термического ожога 2 степени.

А) обратимая сосудистая реакция

Б) отслойка эпидермиса

В) некроз всей толщи кожи

Г) обугливание кожи

2 Ожоговая болезнь у взрослых развивается при площади поверхностного ожога более

А) 5%

В) 15%

Б) 10%

Г) 20%

3. Если участок тела, подвергшийся действию холода, бледный с пузырями со светлой жидкостью, то это степень отморожения:

А) первая

В) третья

Б) вторая

Г) четвертая

4. Появление на коже пузырей с прозрачным содержимым характерно для ожога:

А) 2-й степени

В) 3-й степени

Б) 3-й степени

Г) 4-й степени

5. Первый период ожоговой болезни:

А) ожоговый шок

В) ожоговая септикотоксемия

Б) ожоговая токсемия

Г) ожоговая кахексия

6. Для определения площади ожогов существуют правила:

А) девятки, ладони

В) сотни

Б) десятки

Г) индекс Франка

7. Ожог дыхательных путей приравнивается к:

А) 10% глубокого ожога

В) 10% поверхностного ожога

Б) 1% глубокого ожога

Г) 5% глубокого ожога

Критерии оценивания:

«отлично» - 91-100% правильных ответов

«хорошо» - 81-90% правильных ответов

«удовлетворительно» - 71-80% правильных ответов

Список литературы

1. Теория сестринского дела и медицина катастроф: учеб. Пособие /Н.Н. Кузнецова, Т.Н. Орлова, А.А. Скребушевская. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 352 с.
2. Левчук, И.П., Медицина катастроф. Курс лекций: учебное пособие / И.П. Левчук, Н.В. Третьяков. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 240 с.
3. Отвагина, Т.В. Неотложная медицинская помощь: учебник / Т.В. Отвагина. –3-е изд. – Ростов н/Дону: – Феникс, –2017. – 251 с.

Фрагмент открытого урока «Эпоха Петра Великого»

Глоссарий:

1. Бомбардир - (нем. Bombardier), в русской армии и на флоте первоначально солдат или матрос, обслуживавший бомбардирские орудия
2. Верфь (нидерл. werf) — место постройки и/или ремонта судов, предприятие для постройки и/или ремонта судов и кораблей

3. Флотилия — формирование (оперативное объединение) военных кораблей, которые могут быть частью большего военно-морского флота (сил).

4. Галера, галеры, жен. (итал. galera) (ист.). 1. Старинное гребное многовесельное судно.

5. Миссия - — задание, поручение, предназначение, призвание.

6. Урядник -.1) нижний чин уездной полиции в России в 1878-1917, ближайший помощник станового пристава.

7. Курфюрст (нем. Kurfürst, букв. — «князь-выборщик»).

8. Шеины - русские бояре XV-XVII вв. из рода Морозовых.

Контроль знаний студентов по пройденной теме.

1. Устный опрос.

1. Какой век в истории России называют бунташным? (17 век)

2. Что такое бунташный век? (Время массового недовольства различных слоёв населения своим экономическим и социальным положением. Время различных народных движений.)

3. Причины бунташного века. (1. Закрепощение крестьян и рост их повинностей. 2. Усиление налогового гнёта. 3. Попытка ограничения казачьей вольности. 4. Церковный раскол и преследование старообрядцев.)

4. Какие восстания перечислить? (Соляной бунт 1648 г. Хлебный 1650г. Медный 1662. Восстание Степана Разина 1666г. Соловецкое восстание 1667-1671г. Стрелецкий бунт 1682г.)

5. Бунташный век в истории России пришёлся на период правления каких царей? (Василий Шуйский, Михаил Романов, Алексей Романов, Фёдор Романов, Регенство Софьи.)

6. Итоги «Бунташного века». (Неправильное управление страной и игнорирование воли и желания народа. Итогом бунташного века стала безрезультатность. Голос селян не был услышан. Продолжались обложения налогами и игнорирование людей.)

2. Разгадывание кроссворда:

Приложение 1

1. Часть населения против новых обрядов церковной реформы.
2. Побор с населения в пользу государства.
3. Плата за проживание на земле господина.
4. Выполнение работ, физический труд, который идет в счет суммы долга за аренду земли.

5. В русском государстве личный удел царя Ивана Грозного, особая государственная территория с войском и государственным аппаратом, особая политика.
6. Народное собрание у восточных славян.
7. Организация, ведущая религиозной жизнью, религиозная община, здание для богослужения.
8. Порядок замещения должностей боярами в зависимости от знатности рода.
9. Установление хронологически- последовательных этапов в общественном развитии.
10. Вспомогательная историческая дисциплина, изучающая историю.
11. Изменение в какой - либо сфере жизни.

3. Письменный опрос по карточкам.

Карточка № 1

Петр I родился в _____ году. После смерти Алексея Михайловича новым царем _____ Петра стали обучать с _____ возраста. Первым учителем стал дьяк _____.

Карточка №2.

С 10 лет Петр должен был изучать более сложные науки: грамматику, историю, иностранные языки _____, философию.

После смерти Федора в _____ году встал вопрос о престолонаследии. Царем 10-летнего Петра провозгласил _____ и бояре. Недовольные _____ подняли против Нарышкиных стрельцкие войска.

Карточка №3.

Петр в свободное время уезжает в _____, где учится у иноземцев. Петр создал крепость под названием _____ и два _____ полка.

Испуганный известием о мятеже Петр уезжает в Троице-Сергиеву _____.

Карточка №4.

Петр написал письмо Ивану и потребовал править _____. В сентябре Петр вступил в Москву и заточил Софью в _____. Так начинается _____ правление Петра. Иван умирает в _____ году.

4.Закрепление изученного материала.

Вопросы для закрепления.

1.Какого года родился Пётр?

Выберите правильный вариант ответа :

а) 1552 б) **1672** в) 1682 г) 1589

2.Как звали жену Петра? Выберите правильный вариант ответа:

а) **Евдакия Лопухина** б) Лидия Лопухина в) Евгения Лопухина

г) Марья Лопухина

3.В какие годы правила Царевна Софья? Выберите правильный вариант ответа :

а) 1682-1690 б) **1682-1689** в) 1689- 1691 г) 1672-1688

4.Соотнесите события и даты :

1. Взятие Азова. а)1682 г. Начало Великого посольства. б) 1695 г.

2. Первый Азовский поход. в) 1695-1696 г. Начало правления Петра I. г) 1697

1-б 2-г 3-в 4-а

5. Вставьте в текст пропущенные имена и даты.

После смерти в 1682 г. года царя Федора, новым царем стал его младший 10 летний брат Петр. Однако оставался ещё средний брат — слабоумный Иван.

6. После восстания стрельцов бояре были вынуждены провозгласить царями обоих братьев, вынуждены провозгласить царями обоих братьев, но фактически власть оказалась в руках их сестры царевны Софьи.

7. Подчеркните кто стоял во главе великого посольства.

а) Петр б) Головин в) Софья г) Лефорд д) Возницын е) Михайлов

б,г,д.

5. Домашнее задание:

1. Посмотреть фильм «Юность Петра».

2. Выучить глоссарий, дополнить конспект.

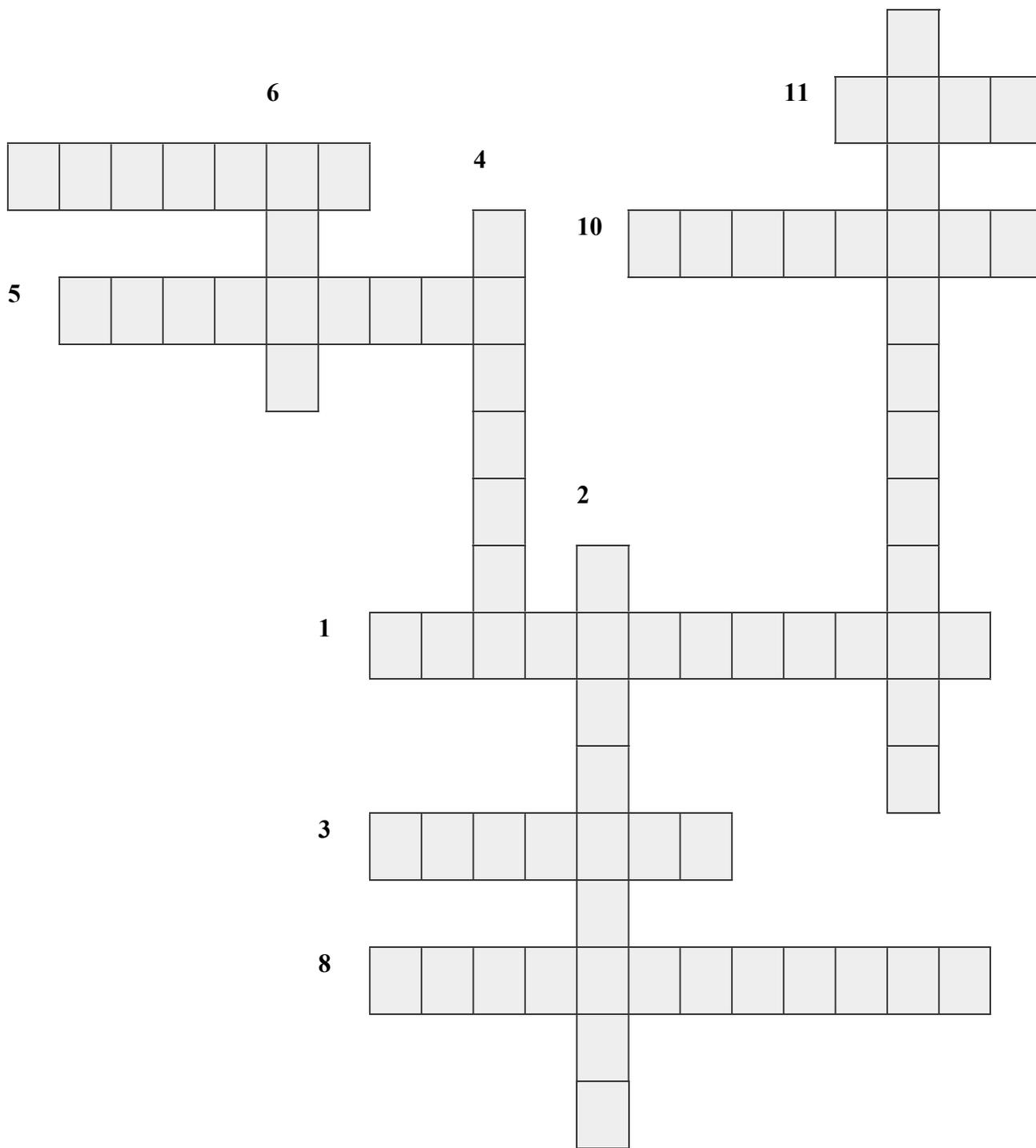
Источники литературы:

1. Божерянов И.Н. Романовы. 300 лет служению России. – М. : «Белый город», 2006., 216с.

2. Павленко Н.И. Петр I и его время. М.: «Просвещение», 1989., 110-115с.

3. http://www.dinblago.ru/istoriya_rossii/kostomarov?2/15/1?

3. <http://russkie-tsari.ru>



Применение кроссвордов для контроля качества знаний обучающихся

Контроль знаний, умений и навыков обучающихся является важной составной частью процесса обучения. Целью контроля является определение качества усвоения обучающимися программного материала, диагностирование и корректирование их знаний и умений, воспитание ответственности к учебной работе.

За последние годы в методической литературе появляются описания разнообразных методов опроса, которые представляют несомненный интерес. На уроках возможны короткие проверочные работы нетрадиционного вида. В каждой теме выделяются ключевые понятия и термины, которые могут быть положены в основу кроссвордов, головоломок, ребусов, шарад, викторин. Для ряда тем специально разрабатываются кроссворды, содержащие понятия одной определенной темы, есть достаточное количество кроссвордов, включающих в себя основные понятия предмета [1]. Изучение химии – это знание большого количества понятий и определений, которые у некоторых обучающихся не держатся в голове и уже через несколько занятий забываются. Решение кроссвордов - занятие увлекательное и полезное, позволяет тренировать память.

Кроссворды, применяемые для контроля знаний, подразделяются на кроссворды для текущей, тематической или обобщающей проверки.

Первые направлены на проверку базовых знаний учащихся по текущему материалу, количество вопросов в них составляет 10-12.

Вторые – на проверку базовых и дополнительно полученных знаний по определенной теме, в них рекомендуется использовать не более 15-25 вопросов.

Третьи - на общую проверку знаний по большому блоку материала, количество вопросов в них – 15-25 [2].

Таким образом, нужно четко представлять, с какой дидактической целью используется данный кроссворд, какие знания могут быть закреплены с его помощью, систематизированы, выявлены у учащихся, какие умения сформированы и проверены.

В своей педагогической деятельности в преподавании дисциплины "Химия" я активно применяю кроссворды на занятиях.

1. На этапе проверки домашнего задания предлагаю несколько вариантов кроссвордов:

– к доске может быть вызван обучающийся для решения кроссворда. После устного опроса правильность заполнения кроссворда проверяется всей группой;

– можно дать аналогичное задания группе обучающихся. В этом случае правильность выполнения можно проверить как в конце занятия, так и сразу после устного опроса. В хорошо подготовленной группе проверить выполнение задания может наиболее успешный обучающийся, первым решивший его;

2. На этапе изучения новой темы

В этом случае при подготовке к занятию составляю небольшой кроссворд с ключевым словом из новой темы и понятиями, ранее изученными или знакомыми обучающимся из повседневной жизни, но тесно связанными с темой урока. В ходе изложения новой темы задаю вопросы по ранее пройденным темам или касающиеся общекультурных знаний, связанных с новой темой. Ответы на вопрос вписываю в сетку кроссворда. Таким образом кроссворд к концу этапа будет представлять визуализацию ключевых понятий темы.

3. На завершающем этапе урока, при повторении и первичном закреплении изученного материала. Итоговый кроссворд как вид контроля имеет большое значение для стимулирования у обучающихся повышения интереса к обучению. Если во время обычной контрольной дети находятся в очень напряженном состоянии, то кроссворд ассоциируется у них с игрой.

Эффективность и результативность решения кроссвордов, предлагаемых обучающимся, оценивается по двум показателям:

а) времени, которое необходимо обучающимся для отгадывания кроссворда;

б) числу ошибок, допущенных ими в процессе решения (последний показатель побуждает составителя выяснить причины неверных ответов и, если нужно, уточнить формулировки вопросов).

При групповой работе оценка ставится группе и тем, кто правильно назвал наибольшее число слов.

Использование интерактивных кроссвордов дает возможность разнообразить формы урока. Это и индивидуальная работа с самопроверкой, и работа в парах с взаимопроверкой, групповая работа. При отсутствии большого количества компьютерной техники – трансляция перед группой, используя одно автоматизированное рабочее место.

Для разработки кроссвордов использую онлайн-сервис Фабрика кроссвордов. Достоинства данного сервиса: бесплатный, не требуется регистрация, можно распечатать готовый кроссворд. Готовый кроссворд можно сохранить отправить обучающимся в виде ссылки для разгадывания.

Преимущества: русскоязычный интерфейс, после сохранения кроссворд может быть изменён (ссылка для редактирования), созданный кроссворд можно распечатать, при разгадывании проверка осуществляется автоматически (т.е. можно узнать результат).

Кроссворды создаются различного объема. Данный сервис позволяет создавать кроссворды двумя способами: «вручную» и при помощи автоматической генерации. Разгадывание кроссворда может осуществляться предоставлением ссылки к готовому продукту или традиционным способом после распечатывания на принтере.

На этом сервисе можно:

-создать собственные кроссворды по пройденной теме, тем самым

обобщая и структурируя материал;

- воспользоваться кроссвордами сервиса;

- просмотреть количество людей, ответивших на вопросы кроссворда.

Ссылками на готовые кроссворды можно делиться в социальных сетях, блогах, вики, пересылать по электронной почте[3].

Составление кроссвордов самими обучающимися, использую как вид самостоятельной работы обучающихся. Оно целесообразно с методической точки зрения, так как требует хорошего знания выбранной темы, умения чётко формулировать определения понятий. При этом большое внимание уделяется именно формулировке вопросов, потому что проблема постановки вопросов - это проблема развития высококачественного мышления. Обучающийся не может правильно сформулировать вопрос о явлении или процессе, который он всесторонне и глубоко не осмыслил. Поэтому, при анализе составленных кроссвордов необходимо учитывать качество поставленных вопросов. Таким образом, качество сформулированного вопроса свидетельствует о понимании учебного материала. При изображении игрового поля кроссворда следует стремиться к тому, чтобы оно выглядело цельным рисунком или орнаментом, было привлекательно, эстетично. При анализе кроссворда оценивается красота, лаконичность оформления всей работы - титульного листа, свободного пространства на поле кроссворда, самого поля. Таким образом, помимо обучающей цели при составлении кроссворда, преследуется ещё и цель эстетичного, гармоничного развития личности.

Нередко решение, а тем более составление кроссворда требует от обучающихся умения работать со справочной, учебной литературой, энциклопедиями, что способствует также развитию ценных качеств личности, вырабатывает настойчивость, способность сопоставлять, обостряет сообразительность, побуждает к расширению и углублению знаний, тренирует память, расширяет кругозор, вырабатывает умение довести начатое дело до конца, стимулирует интерес к изучаемому предмету и к науке вообще.

Считаю, что кроссворд - мощное дидактическое средство, соединяющее серьёзное интеллектуальное занятие и забаву, размышление и развлечение, что открывает новые подходы к обучению.

Список литературы:

1. Дронова Е.Н. «Роль веб-сервисов в учебном процессе» /Novalnfo.ru.- 2017.-Т.4.-№44-С.257-260.

2. Махсудов П. М., Акбаров А., Мадрахимов А., Умаров Н. Ю. Использование интерактивных методов при оценке знаний студентов // Молодой ученый. – 2018- №8. - С. 408-410.

3. Онлайн – сервис для создания кроссвордов «Фабрика кроссвордов» URL://[электронный ресурс]/режимдоступа:<https://puzzlecup.com/crossword-ru/>

Фрагмент

Методическая разработка практического занятия по английскому языку

Тема: «Уход за больным с инсультом»

Студент должен уметь:

- Общаться устно и письменно на иностранном языке используя лексику по данной теме.
- Переводить тексты профессиональной направленности.
- Самостоятельно совершенствовать устную и письменную речь, пополняя словарный запас.

Студент должен знать:

Лексический и грамматический минимум по теме, необходимый для понимания аутентичного материала.

Студент должен обладать: общими и профессиональными компетенциями:

ОК1- понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК2- организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК4- осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК5- использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК6- работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством.

ПК1.2- проводить санитарно-гигиеническое просвещение населения

ПК3.1- оказывать доврачебную помощь при неотложных состояниях и травмах

ПК2.7- осуществлять реабилитационные мероприятия

ПК3.5- осуществлять контроль состояния пациента

Цели:

1.Учебная:

формирование навыков аудирования текста профессиональной направленности, расширение словарного запаса.

2. Развивающая:

развитие коммуникативных умений студентов в процессе совместной деятельности, формирование навыков профессиональной речи, логического мышления, совершенствование самостоятельной работы обучающихся.

3.Воспитательная:

воспитание у обучающихся доброжелательного и внимательного отношения к пациентам, к своим обязанностям, развитие активного интереса к избранной профессии.

Методическая тема: применение активных методов обучения как средство повышения мыслительной активности, практических навыков и познавательной мотивации обучающихся в процессе изучения данной темы.

III.Изучение нового материала по теме «Уход за больным с инсультом».

1.Работа с новой лексикой, фразеологическими оборотами и упражнениями для развития языковой догадки. (Приложение №1)

2.Аудирование диалога: «Caring for the stroke patient» .(Приложение №2)

IV. Обобщение и систематизация изученного материала.

1.Ответы на вопросы. (Приложение № 3)

2.Чтение диалога вслух. (Приложение № 2)

3.Закрепление нового лексико - фразеологического материала в речевых упражнениях. (Приложение № 4)

Приложение №1

1. Запись новых слов и выражений, фонетическая отработка

chapter - раздел (книги)

maintaining - поддержание

to regain - восстанавливать

conscious — находящийся в сознании

responding — отвечающий, реагирующий

chart — карта (больного), график

gesture — жест

staff — персонал

to neglect — забывать, пренебрегать

PHRASES:

First, it is very important ... — во-первых, очень важно

It's a difficult experience ... — это очень трудно

I look forward to... — с нетерпением жду...

I will need to do ... — мне нужно будет сделать/провести

б) Aphasia, hemiplegia, hypertension, to identify, mobility, contracture, to integrate, to focus, priority, physical therapist, neurologist, primary nurse,

Приложение №2

Аудирование диалога: « Caring for the stroke patient »

Focus: Mobility

Kate is caring for Mr. Barlow. Mr. Barlow is a 69-year old retired banker⁴ who is hospitalized for a stroke. He has right-sided hemiplegia and expressive aphasia. Prior to this event, he had been in good health, except for hypertension. After 3 days in the intensive care unit (ICU), he is medically stabilized. Kate speaks with her teacher before going to see her patient.

Kate: I read the chapter you gave me about caring for a patient who had a stroke in order to prepare for today.

Mrs. Chapman: Good, Kate. Good nursing care requires preparation. What were the important points you identified from your reading?

Kate: Well, first, maintaining mobility is very important. If Mr. Barlow develops contractures he will have more difficulty regaining use of his affected side.

Mrs. Chapman: How are you planning to integrate this knowledge into your care today?

Kate: As I bathe him I will do passive range of motion exercises on his affected side. I'll ask him to move those parts of his body he still has control over. He is conscious and responding, according to the chart, and although I will need to do my own assessment after I meet him. The care plan indicates he has aphasia but can communicate with gestures to the staff. I look forward to meeting him. I have some experience in this area. My grandfather had a stroke last year and had similar problems. It is a difficult experience for a person to go through.

Mrs. Chapman: Yes. And each person's experience of this is different.

Kate: Yes. I will focus on mobility with his morning care. Basic priorities are to turn and position him, so the affected side is in proper body alignment. In many patients, because of the nature of the injury to the brain, they may neglect or be unaware of the

affected side of their body. I will focus on his side while not having him ignore his affected side.

Mrs. Chapman: Does the care plan help you at all on that?

Kate: Yes. He was sitting in a chair yesterday for 30 minutes and tolerated it well. Today I thought he might sit up once in the morning and once after lunch.

Mrs. Chapman: What are your thoughts on consulting with other staff?

Kate: His primary nurse is not working today. I want to ask the neurologist about the nature of his stroke, and I want to talk with the physical therapist to maintain a consistent approach to any rehabilitation efforts?.

Mrs. Chapman: Excellent. Excuse me, Kate, I'll be right back. One of the other students needs to give her patient his medications.

Notes:

retired banker — банковский служащий на пенсии

to turn and position him, so the affected side is in proper body alignment — помочь больному принять правильное положение с учетом того, какая сторона повреждена

to maintain a consistent approach to any rehabilitation efforts — чтобы все усилия по реабилитации были согласованы.

Приложение №3

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

1) What are Kate's basic priorities for caring for Mr. Barlow in the morning?

(Kate will focus on mobility with his morning care)

2) Who does she want to consult with about her patient?

(She will talk with the neurologist and the physical therapist)

Приложение №4

1.Найти английские эквиваленты в тексте;

а) Госпитализироваться по поводу инсульта, правосторонняя гемиплегия, явно выраженная афазия, отделение интенсивной терапии, находиться в стабильном (с медицинской точки зрения) состоянии, требовать подготовки, поддержание подвижности, применить (внедрить) знания, находиться в сознании и реагировать, согласно истории болезни, общаться жестами, иметь опыт, природа повреждений головного мозга.

(To be hospitalized for a stroke,. right-sided hemiplegia, expressive aphasia, the intensive care unit (ICU), to be medically stabilized, to require preparation, maintaining mobility, to be conscious and responding, according to the chart, to communicate with gestures, to have some experience, the nature of the injury to the brain).

2. Найти русские эквиваленты следующих словосочетаний;

б) prior to this event, be in good health, in order to prepare, , to develop contractures, difficulty regaining, to neglect an affected side, to turn and position, to have similar problems, an difficult experience, to go through, to toleratexo well, to consult with the staff.

/До этого случая, быть в добром здравии, с целью подготовки, развивать неподвижность, трудное восстановление, не обращать внимание на поврежденную сторону, иметь сходные проблемы, тяжелое испытание, пройти через, хорошо справиться, проконсультироваться с персоналом/.

Список литературы

1.Перфильева Г.М.,Морковина И.Ю.Английский язык для медицинских сестер, М.: Эксмо, 2008, 448с.

2.Козырева Л.Г., , Шадская Т.В.. Английский язык для медицинских колледжей

и училищ. Изд. 6-е – Ростов н/Д: Феникс, 2017.

3. Тылкина С.Л., Темчина Н.А. "Пособие по английскому языку для медицинских и фармацевтических училищ" М., Высшая школа, 2019.

Интернет-ресурсы

1. Английский язык для учащихся средних профессиональных учебных заведений URL: <http://www.medcollegelib.ru> Квяткина

2. И-Р 3 ЭБС «Консультант студента» [Электронный ресурс] // И.Ю. Марковина <http://www.medcollegelib.ru>

Джанкезова Джаннетта Рашидовна

РГБОУ «Карачаево – Черкесский медицинский колледж»

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЧР
РЕСПУБЛИКАНСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»



Д.Р. Джанкезова «Схема клинического обследования больного»
(учебно – методическое пособие для преподавателей и самостоятельной
подготовки студентов к практическим занятиям)

(ФРАГМЕНТ)

МДК 02.01 «Пропедевтика внутренних болезней»

ПМ 01 «Диагностическая деятельность»

Специальность «Лечебное дело»

г. Черкесск, 2021 год

Аннотация

Учебно-методическое пособие предназначено в качестве дополнения к учебнику «Пропедевтика внутренних болезней» для обучающихся по специальности 31.02.01 «Лечебное дело».

В данном пособии изложены алгоритмы и правила обследования пациентов, теоретические аспекты всех тем МДК 02.01 «Пропедевтика внутренних болезней», ПМ 01 «Диагностическая деятельность», к каждой теме прилагается глоссарий.

Учебное пособие написано в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом и федеральной программой по ПМ 01 «Диагностическая деятельность», МДК 01.02 «Пропедевтика и диагностика внутренних болезней»; может быть полезно при изучении ПМ 02 «Лечебная деятельность», МДК 02.02 «Лечение терапевтических больных» для специальности «Лечебное дело».

###

ЧАСТЬ 2. Исследование по органам и системам.

При обследовании больного, после выявления основных жалоб, необходимо детализировать и конкретизировать полученные данные и, исходя из того, какой конкретно диагноз будет основным описать в истории болезни.

2.1.Органы дыхания.

Жалобы.

Боли в грудной клетке (*dolor*): локализация, характер (острые, тупые, колющие, стреляющие, ноющие); интенсивность (слабые, умеренные, сильные) продолжительность (постоянные, приступообразные), зависимость от кашля, дыхания, движения, положения тела; иррадиация, чем купируются боли.

(Необходимо помнить, что лёгкие не имеют чувствительных нервов, поэтому боли, возникающие в связи с тем или иным заболеванием лёгких или плевры, исходят только из листков плевры).

Плевральные боли - боли, усиливающиеся при кашле, чихании, глубоком дыхании, при наклоне в здоровую сторону, уменьшающиеся в положении на больном боку. Наблюдаются при плевритах, инфаркте легких, крупозном воспалении легких и обусловлены трением воспаленных листков плевры, что приводит к раздражению болевых рецепторов.

Также могут быть боли или чувство саднения за грудиной при длительном сухом кашле, чаще при трахеитах и острых бронхитах.

Одышка (dyspnoe)- это нарушение частоты, ритма и глубины дыхания, сопровождающееся субъективным ощущением «нехватки» воздуха или затрудненного дыхания. Одышка - постоянная или периодическая (связь с физической нагрузкой), появление и усиление одышки – причины, связь с переменной положения тела. Сила и продолжительность одышки; характер – инспираторная, экспираторная, смешанная.

По клиническим проявлениям выделяется:

а) *субъективная одышка* - когда больной ощущает затруднение дыхания без объективных признаков изменения его частоты, глубины, ритма (наблюдается при неврозах, истерии);

б) *объективная одышка* - может быть при отсутствии субъективных ощущений. Встречается у больных с эмфиземой легкого и связана с привыканием больных к затрудненному дыханию;

в) *смешанная одышка* - при которой присутствуют и субъективные и объективные признаки одышки. Наблюдается при большинстве заболеваний органов дыхания.

По отношению к отдельным фазам дыхания выделяется :

а) *инспираторная одышка*- с признаками затрудненного вдоха, появляется при сужении гортани, трахеи, крупных бронхов, вследствие развития опухоли, попадания инородного тела, сдавления извне (аневризма аорты, увеличение щитовидной железы, опухоль и др).

б) *экспираторная одышка*- с затрудненным выдохом, свидетельствует о сужении мелких бронхов и бронхиол, которое возникает вследствие бронхоспазма, воспалительного отека слизистой, накопления вязкой мокроты в просвете бронхов (бронхиальная астма, хронический обструктивный бронхит).

в) *смешанная одышка*- с затрудненным вдохом и выдохом, обусловлена уменьшением дыхательной поверхности легких (пневмония, пневмоторакс, плеврит, туберкулез легких, инфаркт легких и др.).

Стридорозное дыхание - шумное, громкое, слышное на расстоянии дыхание, возникающее при резком сужении верхних дыхательных путей и сопровождающееся затруднением как вдоха, так и выдоха.

Удушье (asthma) - приступ интенсивной одышки, внезапно возникающее, очень выраженное чувство нехватки воздуха, сопровождающееся объективными признаками дыхательной недостаточности (цианоз, набухание

шейных вен, включение дополнительной дыхательной мускулатуры, вынужденное положение и др.).

#

Глоссарий.

Заболевания дыхательной системы.

Пульмонология – наука о заболеваниях органов дыхания.

Бронхит – воспаление слизистой оболочки бронхов.

Катар – воспаление слизистой оболочки.

Пневмония – воспалительное заболевание легочной ткани с преимущественным поражением альвеол.

Плеврит – воспаление плевральных листков.

Астма — удушье.

#

Фрагмент

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ПО
ТЕРАПИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ**

ТЕМА: « Анемия, особенности течения при беременности»

ПМ-02 « Медицинская помощь беременным и детям при заболеваниях,
отравлениях и травмах»

МДК. 01.02.Соматические заболевания, отравление и беременность» III
курс

Специальность 31.02.05. « Акушерское дело»

Количество часов: 6 часов

##

Актуальность темы

Анемия - клинико-гематологический синдром, в основе которого лежит тканевая гипоксия, развивающаяся в результате снижения количества гемоглобина, как следствие нарушение образования эритроцитов, их усиленного разрушения или сочетания этих факторов и как следствие кровопотери. По критериям ВОЗ за анемию принимается снижение гемоглобина менее 130 г\л у мужчин, менее 110 г\л у беременных и менее 120 г\л у не беременных.

Анемия может быть самостоятельным заболеванием, либо синдромом при различных заболеваниях. Распространенность анемии среди населения различается по регионам и зависит от пола, возраста, экологических особенностей. Среди анемии ведущими являются железодефицитная, составляющая 90% у женщин и среди мужчин — до 80%.

Железодефицитная анемия - ЖДА - одно из самых распространенных заболеваний, она поражает около 25% населения земного шара. ЖДА - это состояние, при котором запасы железа в организме недостаточны для нормального гомеостаза, т. е. потребности превышают физиологическое поступление железа. В результате нарушается образование гемоглобина, возникает гипохромная анемия и трофические расстройства в тканях. ЖДА остается серьезной проблемой экстрагенитальной патологией в акушерстве, поскольку частота заболеваний не убывает. Анемия обычно диагностируется во второй половине беременности.

Клиницисты подразделяют ЖДА на анемию беременных- заболевание, развивающееся во время беременности; анемия у беременных-малокровие, существовавшее еще до гестационного периода; считают, что «анемия беременных» протекает тяжелее.

##

Ситуационные задачи

Задача №1.

Пациентка 23 лет, беременность 32 недели, поступила с жалобами на общую слабость, головокружение, головную боль, постоянную сонливость, мелькание мушек перед глазами, быструю утомляемость. Подобные ощущения стала отмечать после 20 недели беременности. Из анамнеза установлено, что у пациентки хронический холецистит, гастрит. Объективно: кожные покровы и слизистые бледные. При аускультации сердца слабый систолический шум над верхушкой. Пульс 86 уд. в мин., ритмичный, слабого наполнения. Дыхание частое везикулярное. АД 110/70 мм.рт.ст. Клинический анализ крови Нв 90,6 г/л, эритроциты $3,4 \times 10^{12}/л$, цветной показатель 0,75.

Задания:

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Каковы причины данного состояния.

3. Составить план обследования и лечения пациента с анемией.

Задача №2.

За консультацией обратилась женщина 24 лет с жалобами на слабость, сухость кожи, появление трещин в углах рта, выпадение волос. Изменился вкус, появилось желание есть мел. Два месяца назад родила двойню, вскармливает детей грудью. Во время беременности доктор ставил ей диагноз- анемия, по поводу которой нерегулярно принимала препараты железа. После родов к врачу не обращалась.

Задание:

1. Чем обусловлено появление перечисленных жалоб:

- а) особенностями гормонального статуса в период лактации;
- б) дефицитом железа;
- в) дефицитом витаминов А и В.

2. Что вы ей порекомендуете:

- а) препараты железа в/в;
- б) гормональные контрацептивы;
- в) витамины А и В;
- г) препараты железа в/м;
- д) многокомпонентные препараты железа (железо в составе с В12 и фолиевой кислотой) внутрь.

Задача №3.

К фельдшеру ФАПа обратилась пациентка А. 30 лет, с жалобами на общую слабость, головную боль, головокружение, одышку при ходьбе, сердцебиение, мелькание мушек перед глазами, желание есть мел. Из анамнеза выяснилось, что у нее обильные и длительные (восемь дней) менструации.

Объективно: t-36,7 С. Общее состояние- удовлетворительное. Кожа бледная, сухая. Ногти обломанные, слоятся. ЧДД 26 в мин. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке сердца. Пульс 100 в мин., ритмичный, слабого наполнения. АД до 160 мм.рт.ст.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые ДМИ.
3. Принципы лечения и профилактики заболевания.

Задача №4.

Первобеременная в 16 недель пришла на очередной прием к врачу в женскую консультацию. Чувствует себя хорошо, все анализы в норме, за исключением общего анализа крови. В анализе крови: лейкоцитов $7,10^9/л.$, Нв-102 г/л.

Задания:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые ДМИ.
3. Дать рекомендации по диете.

Задача №4.

Пациентка С. 23 лет, беременность 32 недели, поступила с жалобами на общую слабость, головокружение, головную боль, постоянную сонливость, мелькание мушек перед глазами, быструю утомляемость. Подобные ощущения стала

отмечать после 20 недели беременности. Из анамнеза установлено, что у пациентки хронический гастрит, холецистит. Объективно: кожные покровы и слизистые бледные. При аускультации сердца слабый систолический шум на верхушке сердца. В легких чистое, везикулярное дыхание, хрипов нет. АД 110/65 мм.рт.ст. Пульс 86 уд. в мин., ритмичный. Клинический анализ крови: эритроциты $3,4 \times 10^{12}/л$, НВ 90,6 г/л, цветной показатель 0,75.

Задания:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Каковы причины данного состояния.
3. Составить план обследования и лечения пациентки с анемией.

Задача №5.

За консультацией обратилась женщина 24 лет с жалобами на слабость, сухость кожи, появление трещин в углах рта, выпадение волос. Изменился вкус, появилось желание есть мел. Два месяца назад родила двойню, вскармливает детей грудью. Во время беременности доктор ставил ей диагноз анемии, по поводу которой нерегулярно принимала препараты железа. После родов к врачу не обращалась.

Задание:

1. Чем обусловлено появление перечисленных жалоб:
 - а) особенностями гормонального статуса в период лактации;
 - б) дефицитом железа;
 - в) дефицитом витаминов А и В.
2. Что вы ей порекомендуете:
 - а) препараты железа в/в;

б) витамины А и В;

в) препараты железа в/м;

г) многокомпонентные препараты железа (железо в составе с В12 и фолиевой кислотой) внутрь.

Задача №6.

К фельдшеру ФАПа обратилась пациентка А. 30 лет, с жалобами на общую слабость, головную боль, головокружение, одышку при ходьбе, сердцебиение, мелькание мушек перед глазами, желание есть мел. Из анамнеза выяснилось, что у нее обильные и длительные (восемь дней) менструации.

Объективно: общее состояние- удовлетворительное. Кожа бледная, сухая. Ногти обломанные, слоятся. ЧДД 24 в мин. Пульс 100 уд. в мин., ритмичный, слабого наполнения. АД 90/60 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке сердца.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые ДМИ.
3. Рассказать о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Задача №7.

Оцените результат представленного анализа крови.

Эритроциты $3,8 \times 10^{12}/л$;

Нв- гемоглобин 80 г/л;

Цветовой показатель 0,67%;

Лейкоциты $4,5 \times 10^9/л$; СОЭ- 18 мм/час.

Задания:

- 1.Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
- 2.Составьте план дополнительного обследования.
- 3.Каковы принципы лечения.

##

Тест

1.Причиной железодефицитной анемии у женщин может быть все перечисленное, за исключением:

- а) обильных и длительных менструальных кровопотерь;
- б) гипертонической болезни;
- в) геморроя;
- г) хронический гастрит с пониженной секреторной функцией;

2. Извращение вкуса (тяга к мелу, сырому мясу) характерно:

- а) для дефицита железа в организме;
- б) дефицита витамина В12;
- в) дефицита фолиевой кислоты;
- г) дефицита витамина С;

3. Клиническими симптомами дефицита Fe в организме являются все перечисленные, кроме:

- а) выпадения волос;
- б) ломкость ногтей;
- в) сухость кожи;
- г) увеличение печени;

4. Какой признак не соответствует диагнозу железодефицитной анемии:

- а) цветовой показатель;
- б) гипохромия эритроцитов;

в) анизоцитоз и пойкилоцитоз;

г) макроцитоз;

5. Укажите препарат железа:

а) ферроплекс;

б) венофер, сорбифер;

в) ферро-лек;

г) все перечисленное;

6. Причиной железодефицитной анемии у беременной женщины может быть:

а) имевшийся ранее латентный дефицит железа;

б) многоплодная беременность;

в) дефицит витамина С;

г) ранний гестоз;

7. Основные принципы лечения железодефицитной анемии сводятся:

а) к своевременному переливанию цельной крови;

б) к длительному введению препаратов железа в/в;

в) к ликвидации причины железодефицита - язвы, опухоли;

г) к назначению препаратов Fe перорально на длительный срок;

8. Для лечения дефицита железа следует назначить:

а) препараты Fe в/в в сочетании с мясной диетой;

б) препараты Fe в/в в сочетании с витамином группы В в/м;

в) трансфузия эритроцитарной массы в сочетании с богатой фруктами диетой;

г) препараты железа внутрь на длительный срок;

9. Рациональное питание при ЖДА включает все, кроме:

а) говяжьего мяса, печени, языка;

б) яблок;

в) гранаты;

г) молочных продуктов;

10. Беременной женщине с хронической железодефицитной анемией следует:

а) принимать внутрь препараты железа до родов и весь период кормления ребенка грудью;

б) включить в диету красную рыбу, гранаты, морковь;

в) перелить эритроцитарную массу перед родами;

г) сделать 10 в/в кап. вливание венофера;

11. Кожные покровы при ЖДА:

а) лимонно-желтушное окрашивание;

б) гиперемированные;

в) бледные с зеленоватым оттенком;

г) цианотичны;

12. При железодефицитной анемии цветовой показатель:

а) выше нормы;

б) в норме;

в) ниже нормы;

г) все выше перечисленное;

13. Приоритетные проблемы беременной при ЖДА:

а) слабость, обмороки;

б) кашель, мокрота;

в) отеки, боль в пояснице;

г) бессонница, раздражительность;

14. В основе анемии лежит:

а) повышение АД;

б) снижение иммунитета;

в) гормональные изменения;

г) тканевая гипоксия;

15. Осложнения течения беременности и родов при анемии:

- а) гипотоническое кровотечение в родах;
- б) часто присоединяется гестоз;
- в) гипотония и слабость родовой деятельности;
- г) все выше перечисленное верно.

Эталон ответов

1-Б 2-В 3 -А 4-Г 5 -Б 6 –Г 7-Г 8-Б 9-Г 10-Г 11-А 12-В
13-А 14-В 15-Б

Вопросы для контроля исходного уровня знаний (устного, письменного).

1. Показатели клинического анализа крови в норме у здорового человека;
2. Показатели клинического анализа крови при анемии;
3. Сущность, определение анемии.
4. Причины развития анемии, дефицита железа;
5. Что вызывает дефицит железа в организме;
6. Клиническая картина ЖДА при беременности;
7. Течение болезни;
8. Кожные покровы и слизистые при анемии беременных;
9. Сроки госпитализации беременных при анемии;
10. Суточная потребность в железе в период беременности;
11. Показания для госпитализации беременных при анемии;
12. Принципы лечения анемии;
13. Назвать препараты железа для приема внутрь;
14. Профилактика анемии при беременности.

Фрагмент

Актуальность методической разработки «Сердечно – легочная реанимация», обусловлена необходимостью совершенствования студентами всех специальностей знаний и умений в вопросах диагностики и осуществления СЛР при жизнеугрожающих состояниях.

Цель методической разработки: совершенствование знаний, профессиональных умений и навыков студентов при проведении реанимационных мероприятий.

Задачи разработки:

— Овладение студентами знаниями, необходимыми для проведения реанимационных мероприятий.

— Обучение методам диагностики клинической смерти, а также алгоритмам реанимационных мероприятий.

— Освоение методики проведения базового комплекса сердечно-легочной реанимации; методики восстановления проходимости верхних дыхательных путей.

Разработка направлена на получение новых компетенций, необходимых для профессиональной деятельности, и повышение профессионального уровня студентов.

Методическая разработка подготовлена в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом по специальности среднего профессионального образования.

Материал разработан на основе характеристики профессиональной деятельности выпускников.

Методическая разработка практического занятия по теме: «Сердечно-легочная реанимация. Потери, смерть, горе» отвечает требованиям ФГОС и содержанию рабочей программы, содержит современные представления о реализации сестринских вмешательств в критических ситуациях.

В разработке рассмотрены приёмы сердечно-легочной реанимации, оказание помощи пострадавшему при обструкции дыхательных путей инородным телом, признаки клинической и биологической смерти, критерии эффективности проводимых реанимационных мероприятий, а также сестринская практика в адаптации тяжелообольного человека к возникшему качеству жизни (понятия потери, смерти и горя; эмоциональные стадии горевания, стадии траура, посмертный уход).

В содержании методической разработки предусмотрены необходимые знания и практические умения для студентов всех специальностей.

Материал в методической разработке построен таким образом, чтобы в результате изучения темы: «Сердечно-легочная реанимация. Потери, смерть, горе» студенты умели:

- определить наличие обструкции дыхательных путей;
 - оказать первую помощь при обструкции дыхательных путей инородным телом пострадавшему в сознании, без сознания, с избыточной массой тела, беременным (прием Хеймлиха), детям различного возраста;
 - определить остановку сердца;
 - провести непрямой массаж сердца взрослому и ребенку (на фантоме);
 - провести искусственную вентиляцию легких методом «изо рта в рот», «изо рта в нос» (на фантоме);
 - осуществлять уход за обреченным в стационаре и на дому;
 - осуществлять посмертный уход.
- знали:
- понятие «Сердечно-легочная реанимация (СЛР)»;
 - терминальные состояния и их клинические проявления;
 - признаки клинической и биологической смерти;
 - причины обструкции дыхательных путей;
 - признаки обструкции дыхательных путей;

- особенности проведения сердечно-легочной реанимации у детей различных возрастов и взрослых пострадавших;
- риски, связанные с проведением базовых реанимационных мероприятий;
- критерии эффективности проводимых реанимационных мероприятий;
- значение гигиенических процедур во время ухода за тяжелобольными, возможные проблемы пациента, сестринские вмешательства;
- понятия потери, смерти и горя;
- эмоциональные стадии горевания, особенности общения с умирающим;
- принципы обслуживания пациентов в условиях хосписа.

В методическом блоке представлена мотивация изучения темы для студентов. Мотивация изучения темы обусловлена тем, что в проведении сердечно-легочной реанимации фактор времени играет первостепенную роль: при ее немедленном начале успешное оживление достигает 80 – 90%, а при задержке падает до 10 – 20%.

В последние годы повысилась потребность общества в высококвалифицированной медицинской помощи, в медицинских сестрах, фельдшерах, акушерках, владеющих методами, как ухода, так и оказания неотложной помощи.

Роль средних медицинских работников в проведении всего комплекса сердечно-легочной реанимации чрезвычайно велика. Они чаще всего первыми отмечают резкое ухудшение состояния пациентов и приступают к проведению реанимационных мероприятий. От их знаний и чёткости в организации работы нередко зависит исход реанимации. Поэтому столь важное знание основ реанимации для средних медицинских работников любого профиля.

Первичные реанимационные мероприятия вне медицинского учреждения, проводимые на месте происшествия, являются самым важным звеном цепочки по оказанию помощи и поддержанию жизни человека. Вызов «скорой помощи»,

реанимационные мероприятия при транспортировке и в медицинском учреждении сокращают время, необходимое для восстановления дыхания и кровообращения, при котором развиваются необратимые изменения в головном мозге пострадавшего.

Необходимость четких и, что наиболее важно, незамедлительных действий при проведении реанимационных мероприятий требует от средних медработников почти автоматического исполнения всех процедур. Кроме того, в структуре аккредитации специалистов предусмотрено прохождение симуляционных станций, с целью демонстрации своих практических навыков. В настоящее время станция «Сердечно-легочная реанимация» включена для аккредитации выпускников медицинских средних учебных заведений и профессиональной переподготовки.

В методическом блоке представлены цели обучения, общие и соответствующие профессиональные компетенции.

Информационный блок в методической разработке представлен в форме информативной лекции и практических манипуляций.

Для контроля усвоенных знаний в методической разработке в разделе «Обобщение и систематизация изложенного материала» изложены контрольные вопросы для самопроверки, глоссарий для более качественного усвоения учебного материала, тестовые задания с эталонами ответов.

Для достижения целей занятия и формирования компетенций хорошие результаты дает использование алгоритмов медицинских манипуляций с иллюстративным материалом, а также решение ситуационных задач, проблемных вопросов. В методической разработке имеются приложения с алгоритмами медицинских манипуляций с иллюстративным материалом.

Наибольшие трудности у студентов вызывают выполнение комплекса сердечно-легочной реанимации в рамках определенного времени и темпа. Для выполнения практических манипуляций и выработки навыков для студентов предусмотрено соответствующее оснащение: муляжи различных возрастов «Оживленная Анна», «Подросток», «Ребенок до года» и т.д.

Содержание

1. Методический блок.....	
2. Информационный блок.....	
3. Обобщение и систематизация изложенного материала.....	
3.1. Контрольные вопросы.....	
3.2. Тестовые задания	
3.3. Ситуационные задачи.....	
4. Домашнее задание.....	
5. Список литературы.....	
6. Приложения.....	
1. Приложение №1. Глоссарий.....	
2. Приложение №2. Диагностический этап реанимации: проверка сознания, дыхания, кровообращения, состояния шейных позвонков.....	
Приложение №3. Способы обеспечения проходимости дыхательных путей.....	
4. Приложение №4. Методы искусственной вентиляции легких.....	
5. Приложение №5. Техника проведения непрямого массажа сердца.....	
6. Приложение №6. Алгоритм базовых реанимационных мероприятий (первичный реанимационный комплекс).....	
7. Приложение №7. Манипуляция «Безопасное положение».....	
8. Приложение №8. Алгоритм оказания первой помощи при обструкции дыхательных путей инородным телом.....	
9. Приложение №9. Реанимационная помощь новорожденным, грудным, детям подросткового возраста.....	
10. Приложение №10. «Инструкция по определению критериев порядка определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий».....	

2. Информационный блок

2.1. Список сокращений и условных обозначений

АНД – автоматический наружный дефибрилятор.

БРМ – базовые реанимационные мероприятия.

ВОК – внезапная остановка кровообращения.

ИВЛ – искусственная вентиляция легких.

ЗМС – закрытый массаж сердца.

РРМ – расширенные реанимационные мероприятия.

СЛР – сердечно-легочная реанимация.

ЦНС – центральная нервная система.

2.2. Теоретическая часть

1. Основные определения

Внезапная сердечная смерть – это ненасильственная смерть вследствие кардиальных причин, когда ВОК развивается в течение часа от момента возникновения острых симптомов и ей предшествует внезапная потеря сознания – это принятое кардиологами определение. О наличии заболевания сердца может быть известно или неизвестно, но независимо от этого наступление смерти является неожиданным.

Реанимация – метод реаниматологии, направленный на оживление, возвращение к жизни. Основателем науки реаниматологии считается российский ученый, академик В.А. Неговский (1951), который первым определил стадии клинической и биологической смерти.

Клиническая смерть – обратимый этап умирания, переходное состояние от жизни к смерти.

Биологическая смерть – необратимый этап умирания.

Сердечно-легочная реанимация (СЛР) – это система мероприятий, направленных на восстановление эффективного кровообращения при клинической смерти с помощью специальных реанимационных мероприятий.

Базовые реанимационные мероприятия (БРМ) включают в себя обеспечение проходимости дыхательных путей, поддержание кровообращения и дыхания без использования специальных устройств, кроме барьерных (лицевой экран, лицевая маска) и автоматических наружных дефибрилляторов (АНД). Базовые реанимационные мероприятия проводятся как лицами с медицинским образованием, так и без него.

Расширенные реанимационные мероприятия (РРМ) проводятся медицинскими работниками и включают в себя инвазивные и специальные методики (анализ сердечного ритма, применение ручного дефибриллятора, обеспечение проходимости дыхательных путей, обеспечение внутривенного или внутрикостного доступа и введение лекарственных препаратов и др.)

2. Исторический обзор

Ключевые теоретические представления по проблеме умирания и оживления организма человека были разработаны группой ученых под руководством академика Владимира Александровича Неговского (1909-2003) в Лаборатории по оживлению человека АМН СССР, созданной в 1936 г. (с 1985 г. НИИ общей реаниматологии РАМН, в настоящее время – НИИ общей реаниматологии им. В.А. Неговского).

В 1964 г. при непосредственном участии сотрудников Лаборатории по оживлению человека на базе больницы им. С.П. Боткина было организовано первое в стране реанимационное отделение общего профиля, на базе которого начал работу Московский выездной реанимационный центр, обслуживающий стационары Москвы. В 70-е гг. сотрудником Лаборатории Н.Л. Гурвичем впервые в мире был предложен метод дефибрилляции сердца импульсом биполярной формы, признанный за рубежом как наиболее эффективный и безопасный. На основе этих исследований были сконструированы дефибрилляторы, завоевавшие всеобщее признание.

Опираясь на результаты собственных исследований, а также данные других авторов, В.А. Неговский выступил на Международном конгрессе травматологов в Будапеште (1961) с докладом о возникновении новой медицинской науки – реаниматологии, предметом изучения которой являются неспецифические общепатологические реакции организма, патогенез, терапия и профилактика терминальных состояний, жизнеобеспечение при критических состояниях.

Неговский В.А. сформулировал понятие клинической смерти как обратимого этапа умирания, разработал концепцию постреанимационной болезни и применения искусственной гипотермии в постреанимационном периоде. Благодаря научным исследованиям сотрудников Лаборатории по оживлению человека стало очевидным, что умирание человека происходит стадийно, и что есть период клинической смерти, в течение которого необходимо проводить реанимационные мероприятия.

Неговским В.А. был также выделен второй срок клинической смерти, с которым врачам приходится сталкиваться при оказании помощи или в особых условиях.

Питеру Сафару (1924-2003) и его коллегам принадлежит заслуга разработки и внедрения в мировую практику практических аспектов сердечно-легочной реанимации, в первую очередь методик обеспечения проходимости дыхательных путей и искусственной вентиляции легких. В 1957 г. была издана книга под редакцией Питера Сафара «АВС реанимации» («ABC of resuscitation»), в которой были изложены принципы сердечно-легочной реанимации и которая по настоящее время является основополагающим трудом по проблеме.

Параллельно с научной группой П. Сафара Джеймс Джуд (James Jude), Гай Кникербокер (Guy Knickerbocker) и Уильям Ковенховен (William Kouwenhouen) разработали принцип непрямого массажа сердца. На симпозиуме в Мерилэнде в 1960г. две научные группы синтезировали разработанные научные подходы и был сформулирован алгоритм сердечно-легочной

реанимации, включающий искусственное дыхание и компрессии грудной клетки по алгоритму ABC.

В 1973 г. разработанные принципы сердечно-легочной реанимации были включены в алгоритмы Американской Ассоциации Сердца, под эгидой которой на территории США были организованы образовательные программы для населения и лиц с медицинским образованием. В 1989 г., при участии П. Сафара и В.А. Неговского, был создан Европейский совет по реанимации. В 2004 г. был создан Российский Национальный совет по реанимации, который в настоящее время является эксклюзивным представителем Европейского совета по реанимации на территории РФ, осуществляет перевод рекомендаций по реанимации и внедрение

3. Понятие и стадии терминального состояния

Терминальные состояния

Терминальное состояние определяется как пограничное состояние между жизнью и смертью, когда в силу различных причин происходит выраженное нарушение функционирования основных жизненных систем, что сам организм пострадавшего или больного человека не в состоянии справиться с этими нарушениями и без вмешательства извне неизбежно заканчивается смертью.

Причины, приводящие к развитию терминального состояния, многообразны и могут быть по характеру как острыми и внезапными (утопление, поражение электрическим током и др.), так и сравнительно постепенные (тяжелые, длительные заболевания в финальной стадии).

В его развитии выделяют следующие стадии:

- преагональное состояние;
- терминальную паузу;
- агонию;
- клиническую смерть.

Наступающая вслед за клинической смертью биологическая смерть представляет собой необратимое состояние, когда оживление организма как целого уже не возможно.

Преагональное состояние. Сознание резко угнетено или отсутствует. Кожные покровы бледные или цианотичные. АД, прогрессивно снижается до нуля, пульс на периферических артериях отсутствует, но еще сохранен на сонных и бедренных артериях. На первоначальных этапах отмечается тахикардия, с последующим переходом в брадикардию. Возможно отключение сознания. Одышка.

Терминальная пауза отмечается не всегда. Клинически выражается остановкой дыхания (апноэ) и преходящими периодами асистолии от 1-2 до 10-15 секунд. Зрачки расширяются, реакция на свет быстро исчезает.

Агония. Этот этап предшествует смерти и характеризуется последними проявлениями жизнедеятельности организма. Может наблюдаться кратковременная активность жизнедеятельности: некоторый подъем АД, иногда отмечаются проблески сознания. Агональное дыхание (большой или малой амплитуды, судорожное) с задержкой выдоха, в акте дыхания начинают принимать участие вспомогательные мышцы, появляется беспокойство, дыхание постепенно затухает и прекращается. В последнем периоде агонии наступает угнетение ЦНС, потеря сознания, угасание функций организма, нередко развиваются судороги, затем расслабляются мышцы, происходит непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Агония завершается последним вдохом, остановкой дыхания, происходит переход в клиническую смерть.

4. Признаки клинической и биологической смерти

Клиническая смерть – обратимый этап умирания, переходный период между жизнью и смертью. На данном этапе прекращается деятельность сердца и дыхания, полностью исчезают все внешние признаки жизнедеятельности организма, но гипоксия еще не вызвала необратимых изменений в органах и системах, наиболее к ней чувствительных. Данный период продолжается не более 3-4 минут, максимум 5-6 минут (при исходно повышенной или нормальной температуре тела; гипотермия удлиняет этот период).

К признакам клинической смерти относятся:

— отсутствие сознания (кома);

- отсутствие дыхания (апноэ);
- отсутствие пульса (асистолия).

Данная триада признаков касается раннего периода (когда с момента асистолии прошло несколько минут) и не распространяется на случаи, когда уже имеются отчетливые признаки биологической смерти. Чем короче период между констатацией клинической смерти и началом проведения реанимационных мероприятий, тем больше шансов на жизнь у больного, поэтому диагностику и лечение следует проводить параллельно.

Кома диагностируется при отсутствии сознания, а также при расширенных зрачках, не реагирующих на свет.

Апноэ регистрируется визуально, по отсутствию дыхательных движений грудной клетки. Очень важно сразу определить, имеется обструкция верхних дыхательных путей у пострадавшего или нет. Это диагностируется при первой попытке проведения ИВЛ. Если она проводится по всем правилам, а воздух в легкие не поступает, это указывает на наличие обструкции.

Асистолия у взрослых регистрируется по отсутствию пульса на сонных артериях (на определение пульса не более 10 секунд!). На определение пульса на лучевых артериях тратить время не нужно.

Биологическая смерть – необратимый этап умирания, наступает вслед за клинической смертью и характеризуется тем, что возникают необратимые изменения органов и систем. На трупе постепенно начинают появляться гипостатические пятна, развивается трупное окоченение мышц, постепенно снижается температура тела. К ранним признакам биологической смерти относятся высыхание и помутнение роговицы и симптом «кошачьего зрачка» (чтобы обнаружить данный симптом, нужно сдавить глазное яблоко; симптом считается положительным, если зрачок деформируется и вытягивается в длину). К поздним признакам биологической смерти относятся трупные пятна и трупное окоченение.

«Мозговая (социальная) смерть» - данный диагноз появился в медицине с развитием реаниматологии. Иногда в практике встречаются случаи, когда во

время проведения реанимационных мероприятий удается восстановить деятельность кровообращения у больных, находившихся в состоянии клинической смерти более 5-6 минут, но у этих пациентов уже наступили необратимые изменения в коре головного мозга. Функцию дыхания в данных ситуациях можно поддерживать только методом ИВЛ. Все функциональные и объективные способы исследования подтверждают смерть мозга. Развивается так называемое «стойкое вегетативное состояние» при котором пациент может находиться в отделении интенсивной терапии в течении длительного времени (несколько лет) и существовать только на уровне вегетативных функций.

5. Понятие о первичном реанимационном комплексе

Первичный реанимационный комплекс состоит из следующих мероприятий по алгоритму «ABCD»:

Airway - проходимость дыхательных путей.

Breathing – оценка адекватности дыхания и проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

Circulation – оценка гемодинамики и закрытый массаж сердца.

Drugs – введение лекарственных средств во время сердечно-легочной реанимации.

Вне лечебных учреждений возможно проведение базовой сердечно-легочной реанимации (СЛР), состоящей из следующих мероприятий:

- восстановление проходимости дыхательных путей;
- искусственная вентиляция легких (ИВЛ);
- восстановление кровообращения: непрямой массаж сердца.

3.1. Контрольные вопросы для самопроверки

1. Понятие «Сердечно-легочная реанимация (СЛР)».
2. Понятие «Базовые реанимационные мероприятия (БРМ)».
3. Понятие и стадии терминального состояния.
4. Признаки клинической и биологической смерти.

5. Понятие о первичном реанимационном комплексе.
6. Что включает в себя осмотр пострадавшего?
7. Объем и очередность этапов сердечно-легочной реанимации.
8. Способы восстановления проходимости дыхательных путей.
9. Техника проведения ИВЛ методом «изо рта в рот» и непрямого массажа сердца.
10. Особенности проведения ИВЛ и непрямого массажа сердца у детей различных возрастов.
11. Риски, связанные с проведением базовых реанимационных мероприятий
12. Критерии эффективности проводимых реанимационных мероприятий.
13. Причины обструкции дыхательных путей.
14. Признаки полной и частичной обструкции дыхательных путей.
15. Первая помощь при обструкции дыхательных путей инородным телом пострадавшим без сознания, в сознании, с избыточной массой тела, беременным, детям различного возраста.
16. Основные приемы Хеймлиха.
17. Эмоциональные стадии горевания, особенности общения с умирающим.
18. Стадии траура.
19. Последовательность действий при посмертном уходе.

3.2. Тестовое задание

1. Обструкция дыхательных путей может быть полной и _____.
2. Число нажатий на грудину при проведении непрямого массажа сердца должно равняться _____ в минуту.
3. Продолжительность клинической смерти составляет:
А) 1-2 мин

Б) 3-6 минут

В) 8-10 минут

Г) несколько секунд

4. Необратимым этапом умирания организма является:

А) клиническая смерть

Б) агония

В) биологическая смерть

Г) преагония

5. Состояние, которое переживает организм в течение 3-6 минут после прекращения кровообращения и дыхания, называется _____.

6. Для биологической смерти характерно:

А) спутанное сознание, пульс нитевидный, дыхание частое, низкое АД

Б) сознание отсутствует, пульс и дыхание отсутствуют, зрачок предельно расширен, помутнение роговицы, появление трупных пятен.

В) сознание отсутствует, пульс определяется только на крупных артериях, дыхание поверхностное, зрачок узкий.

Г) сознание отсутствует, пульс и АД не определяется, дыхание редкое, судорожное.

7. При проведении реанимационных мероприятий соотношение вдуваний в дыхательные пути пострадавшего и нажатий на грудину должно равняться:

А) 2:30

Б) 2:15

В) 2:5

Г) 1:5

8. Для клинической смерти характерно:

А) отсутствие сознания; пульс и давление не определяются; дыхание редкое, аритмичное.

Б) отсутствие сознания, пульс и АД не определяются, дыхание отсутствует, зрачок широкий.

В) сознание ясное, пульс нитевидный, АД падает, дыхание редкое

Г) сознание отсутствует, пульс нитевидный, АД падает, дыхание частое.

9. Установите соответствие:

Проводимые реанимационные мероприятия:

1) искусственная вентиляция легких (ИВЛ)

2) непрямой массаж сердца

Возможные осложнения:

А) синхронное с вдуванием расширение грудной клетки

Б) пассивное затекание желудочного содержимого в дыхательные пути

В) перелом ключицы

Г) перелом ребер

10. Комплекс мероприятий, направленных на восстановления угасающих функций организма, называется _____.

11. Первым этапом элементарной СЛР является:

А) ИВЛ

Б) непрямой массаж сердца

В) восстановление проходимости дыхательных путей

Г) дефибриляция

12. При применении приема Хеймлиха во время оказания неотложной помощи толчки необходимо производить в направлении _____.

13. При оказании беременным женщинам и детям до пяти лет при обструкции дыхательных путей инородным телом свои руки оказывающий помощь должен поместить в области _____.

14. Глубина компрессий у взрослого человека должна быть не менее _____ см.

15. Для восстановления дыхания у детей до года ИВЛ осуществляется способом _____.

16. Для восстановления дыхания ИВЛ осуществляется у детей старше 1 года способом _____.

17. Детям старше 1 года до 7 лет массаж сердца производят _____.

18. Во время непрямого массажа грудная клетка должна прогибаться на _____ см у новорожденных.

19. Во время непрямого массажа грудная клетка должна прогибаться на _____ см у детей старше года.

20. Для восстановления проходимости дыхательных путей необходимо _____ голову пациента назад и выдвинуть челюсть вперед.

Приложение № 1

Глоссарий

Апноэ – остановка дыхания.

Аспирация – проникновение в дыхательные пути при вдохе жидких или твердых веществ (остатков пищи, слюны, искусственных зубов и других инородных тел).

Биологическая смерть – необратимое прекращение физиологических процессов в клетках и тканях.

Горе – эмоциональный отклик на утрату или разлуку, проходящий несколько стадий.

Депрессия – тоскливое, подавленное настроение.

Дефибриляция желудочков – воздействие одиночным кратковременным электрическим импульсом высокого напряжения через грудную клетку на сердце. Применяют для ликвидации угрожающей жизни фибрилляции сердца.

Клиническая смерть – состояние, которое переживает организм в течение 3-6 минут после остановки сердца и дыхания. Это обратимая кратковременная стадия между жизнью и смертью.

Обструкция дыхательных путей – полная или частичная непроходимость дыхательных путей.

Реанимация – комплекс мероприятий, направленных на восстановление угасающих или угасших функций организма.

Регургитация – пассивное затекание желудочного содержимого в дыхательные пути.

Терминальное состояние – пограничное состояние между жизнью и смертью, этапы умирания организма (преагония, агония, клиническая смерть).

Паллиативное лечение – лечение, которое начинается тогда, когда все другие виды лечения не эффективны и болезнь не поддается лечению.

Хоспис – специализированное лечебное учреждение для обреченных пациентов, где оказывается комплексная медицинская, психологическая и социальная помощь.

Приложение №2

Диагностический этап реанимации: проверка сознания, дыхания, кровообращения, состояния шейных позвонков

Определение сознания пострадавшего: окликнуть его, потрясти за плечо. Если он не реагирует: определить наличие или отсутствие дыхания, определить пульс на сонной артерии. Время на проверку сознания – до 10 секунд.

Проверка дыхания пострадавшего. Осуществляется визуально — смещается ли (то есть – поднимается ли при вдохе, опускается ли при выдохе) передняя стенка груди; если определить это не удалось, следует наклонить ухо ко рту пострадавшего и послушать — нет ли звука выходящего воздуха (может быть очень слабым!) или, приблизив свою щеку к лицу пострадавшего, ощутить ею наличие как бы слабого «дуновения» воздуха. При малейшем сомнении в действительном наличии дыхания следует немедленно переходить к другим диагностическим мероприятиям. Дыхательные движения гортани надо отличать от возможных иногда случаев как бы «заглатывания» воздуха. Время на проверку дыхания – до 10 секунд.

Проверка кровообращения пострадавшего.

Техника определения пульса на сонной артерии (см. рис№1)

— сомкнутыми 2, 3, 4 пальцами определить на передней поверхности шеи выступающую часть трахеи – так называемый кадык или адамово яблоко;

— сдвинуть пальцы по краю кадыка в глубину, между хрящом и грудинно – ключично-сосцевидной мышцей;

нащупать сонную артерию, определить ее пульсацию. Для этого: выпрямить, сомкнуть 2-5 пальцы, прощупывать артерию кончиками (подушечками) сомкнутых 2-4-го пальцев, осторожно продвигая их в глубину тканей и постепенно прижимая по направлению к позвоночнику – до появления ощущения как бы «шнура», и толчков пульса. Общее время на проверку состояния кровообращения – до 10 секунд.

Определять состояние пострадавшего по пульсу на предплечье (на лучевой артерии) нельзя из-за значительно меньшей достоверности.

Проверить состояние зрачков (см. рис.№1):

Техника:

- положить кисть на лоб;
- 1 –м пальцем поднять верхнее веко;
- определить реакцию зрачка на свет: закрыть глаз ладонью, затем быстро снять ее в норме зрачок на свету сужается.

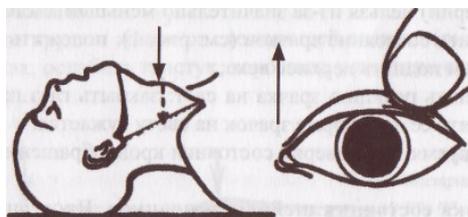


Рис.№1.

Проверка состояния шейных позвонков. Проверить, нет ли переломов шейных позвонков. Они определяются по наличию прощупываемого кончиками 2-4 пальцев твердого костного выступа на задней поверхности шеи. Иногда перелом позвонков можно заподозрить по неестественному положению головы, по полученным тяжелым травмам шеи, отеку тканей шеи, по крови рядом с пострадавшим или на одежде, или на руке спасателя, по травмам затылочной части черепа (гематома, слипшиеся волосы, кровь на руке). Переломы шейных позвонков можно ожидать по характерным механизмам травм: прыжкам в воду вниз головой, падением с высоты; при автомобильных происшествиях.

Общие затраты времени на диагностику – до 30 секунд.

Приложение №3

Способы обеспечения проходимости дыхательных путей

В состав этапа входят четыре мероприятия:

1. Проверка проходимости верхних дыхательных путей.
2. Восстановление проходимости дыхательных путей при закупорке их.
3. Открытие рта.
4. Удаление инородных тел из дыхательных путей.

Причины нарушения проходимости дыхательных путей могут быть различны: западение языка, наличие слизи, мокроты, рвотных масс, крови, инородных тел.

Применяется метод запрокидывания головы (рис.№1), но только при отсутствии противопоказаний - переломов шейных позвонков.



Рис.№1

Техника. Занять положение сбоку у головы пострадавшего, на коленях (если он лежит на полу, на грунте и пр.). Положить руку на лоб так, чтобы 1-й и 2-й пальцы находились по обе стороны носа; другую руку подвести под шею. Разнонаправленным движением 1-й руки назад (по отношению к пострадавшему, лежащему на спине), 2-й — вперед — разогнуть (запрокинуть) голову назад; при этом рот обычно открывается.

Очень важно: запрокидывание головы должно осуществляться без какого-либо насилия (!), только до момента появления препятствия. Сделать 1-2 вдоха пострадавшему, строго соблюдая методику.

Если воздух в легкие не проходит – приступить к восстановлению проходимости верхних дыхательных путей.

Техника. Повернуть голову на бок, раскрыть рот, зафиксировать челюсти перекрещенными 1-м и 2-м пальцами (рис.№2). Ввести в рот сомкнутые выпрямленные 2-й и 3-й пальцы другой руки (можно обернуть пальцы платком, бинтом, куском материи, если это не потребует затрат времени). Быстро, тщательно, круговым движением проверить полость рта, зубы. При наличии инородных тел (слизи, песка, сломанных зубов, зубных протезов и др.) – захватить их, и гребным движением пальцев вывести наружу.



Рис.№2

После удаления инородного тела нужно снова проверить проходимость дыхательных путей. В некоторых случаях из-за мощного спазма жевательных мышц рот может остаться закрытым. В подобных ситуациях следует немедленно приступить к насильственному открытию рта.

Методы открытия рта

Если при запрокидывании головы открыть рот не удалось, следует действовать по одному из трех методов. Сместить нижнюю челюсть кпереди и одновременно открыть рот.

При всех вариантах открытия рта необходимо добиваться смещения нижней челюсти вперед (рис.№3): нижние передние зубы должны несколько заходить

вперед относительно верхних зубов (для освобождения дыхательных путей от запавшего языка, который закупоривает вход в трахею). После открытия рта приступать к проведению ИВЛ методом «изо рта в рот».

Двухсторонний захват нижней челюсти.

Техника. Спасателю разместиться у теменной части или несколько сбоку у головы пострадавшего (рис.№3). 2-5-е пальцы расположить под нижней челюстью, первые пальцы – в положении упора по соответствующим сторонам подбородка (переднего отдела нижней челюсти). Ладонями и прилежащей частью предплечья запрокинуть голову и фиксировать ее в этом положении.



Рис.№3

Противоположно направленным движением кисти с упором на первые пальцы – сместить нижнюю челюсть книзу, вперед и одновременно открыть рот (рис.№4).



Рис.№4

Передний захват нижней челюсти

Техника. Положить кисть на лоб, запрокинуть голову. Первый палец другой кисти ввести в рот под язык, за основания передних зубов; это особенно важно, так как при захвате за зубы очень велика опасность повреждений – переломов лунок нижней челюсти, «вывихивания» зубов. Вторым пальцем

охватить подбородок снизу; сомкнутыми 3-5-м пальцами укрепить фиксацию подбородка. Движением книзу открыть рот и одновременно несколько подтянуть нижнюю челюсть вперед (рис.№4).



Рис.№4

Боковой захват нижней челюсти

Техника. Ввести 1-й палец сбоку между зубами, провести его в глубину под язык, за основания зубов; 2,3 пальцами плотно фиксировать край нижней челюсти, 4-5 пальцами подкрепить фиксацию. Оттеснить челюсть вниз и несколько вперед (рис.№5)



Рис.№5

Если открыть рот с помощью указанных методов не удалось, - следует приступить к ИВЛ методом «изо рта в нос». При редко отмечаемой невозможности осуществления ИВЛ методом «изо рта в нос» (например, из-за деформаций, ранений и пр.), производятся врачебные процедуры – коникотомия (крикотиреотомия), трахеотомия, или интубация трахеи.

Приложение №4

Методы искусственной вентиляции легких

Основной принцип искусственной вентиляции легких – активный вдох, пассивный выдох.

ИВЛ осуществляется методами: «изо рта в рот», «изо рта в нос», у новорожденных и детей младшего возраста - «изо рта в рот и нос».

Метод ИВЛ «изо рта в рот»

Техника. Для проведения ИВЛ методом «изо рта в рот» следует запрокинуть голову (рис.№1), при необходимости – использовать один из методов открытия рта (см. выше), 1-2-ми пальцами руки, фиксирующей лоб, зажать нос.

Сделать достаточно глубокий вдох, прижать рот ко рту пострадавшего, обеспечить полную герметичность; сильно, резко выдохнуть воздух в рот пострадавшему.

Контролировать каждый вдох по подъему передней стенки грудной клетки. После раздувания легких – вдоха пострадавшего – освободить его рот. Следить за самостоятельным пассивным выдохом по опусканию передней грудной стенки и звуку выходящего воздуха. Объем воздуха, который должен получить пострадавший при одном вдохе, должен быть не менее 400-500 мл. Решающим критерием служит подъем передней стенки груди.



Рис.№1.

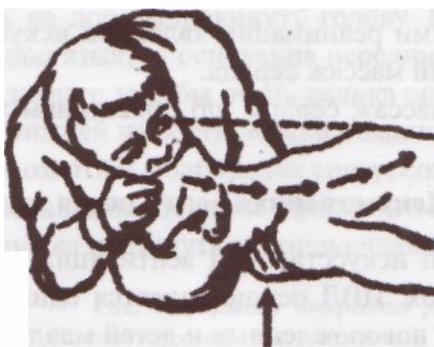


Рис.№2.

Метод «изо рта в нос»

Метод ИВЛ «изо рта в нос» (рис.№3) весьма важен, так как позволяет проводить ИВЛ в более сложных условиях – при ранениях губ, травмах челюстей, органов полости рта, после рвоты и пр.

Техника. Для осуществления ИВЛ методом «изо рта в нос» следует запрокинуть голову пострадавшего, фиксировать ее рукой, расположенной на лбу (рис.№3). Ладонью другой руки охватить снизу подбородок и прилежащие части нижней челюсти, вывести нижнюю челюсть несколько вперед, плотно сомкнуть и фиксировать челюсти, зажать губы первым пальцем (рис.№3).



Рис.№3.

Сделать достаточно глубокий вдох. Охватить нос пострадавшего так, чтобы не зажать носовые отверстия. Плотно прижать губы вокруг основания носа; обеспечить полную герметичность. Сделать быстрый выдох в нос пострадавшему. Следить за подъемом передней стенки груди. Затем освободить нос, контролировать выдох (рис.№4).



Рис. №4.

Частота ИВЛ (раздуваний легких) должен быть 8 раз в минуту (примерно 1 раз в 7 с). Помните, что при правильной ИВЛ, в легкие пострадавшего следует вдохнуть не менее 400-500 мл воздуха, то есть спасателю для этого необходимо сделать довольно глубокий вдох. При меньшем объеме воздуха нужного эффекта не будет; при объеме вдоха 1000-1200 мл и более – не хватит времени на массаж сердца; у спасателя может развиваться гипервентиляция легких, головокружение и он быстро устанет.

Основным критерием достаточности объема вдуваемого воздуха в момент проведения ИВЛ является подъем передней грудной стенки. Каждый вдох следует контролировать по этому показателю!

При недостаточном (неполном) подъеме передней стенки груди нужно увеличить объем вдуваемого воздуха.

Время одного вдоха не должно превышать 1,5-2 секунды; это уменьшает риск превышения давления на открытие пищевода и проникновение воздуха в желудок. Цикл вдох/выдох при подобных показателях происходит с частотой 3 секунды.

Приложение № 5

Техника проведения непрямого массажа сердца

Техника

Основание кисти (рис.№1) должно находиться выше мечевидного отростка грудины (рис.№2) на ширину 2-3 см (поперечника двух пальцев – 2-го и 3-го) – соответственно середине нижней половины грудины. Ось основания

кисти должна совпадать с осью грудины (методик должна быть настолько практически отработана, что определение положения основания кисти должно осуществляться визуально, почти автоматически). Основание второй кисти должно находиться на тыле первой (соответственно оси основания этой кисти) под углом 90° (рис.№3) Пальцы обеих кистей должны быть выпрямлены.



Рис. №1

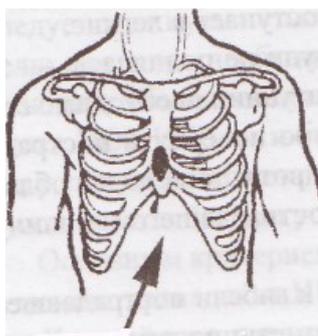


Рис.№2

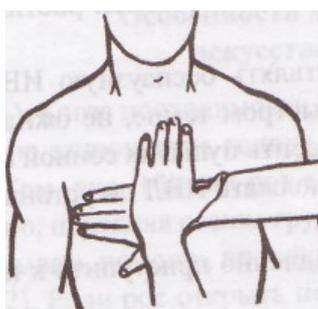


Рис.№3



Рис.№4

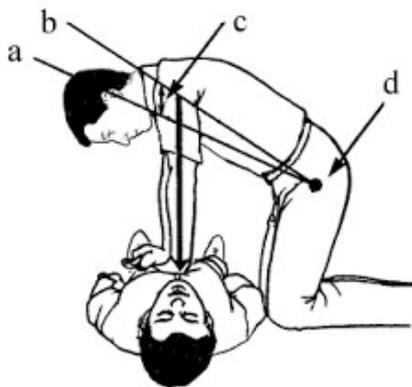


Рис. №5

Частота толчков (сжатий грудины) должна быть 100 раз в 1 мин, - то есть, несколько менее двух толчков в одну секунду. Глубина прогибания грудины – от 4 до 5 см. Последнее осуществляется при эмфиземе легких (часто у злостного курильщика). Действовать надо предельно быстро, энергично! Силу толчка следует соразмерять с упругостью грудной клетки (очень важно!). Массаж сердца необходимо проводить: ритмично, в полном объеме – разумно щадяще, без нанесения травм, но с соблюдением всех требований методики, иначе добиться оживления пострадавшего не удастся, или будет нанесен большой вред – переломы ребер, грудины, повреждение внутренних органов грудной полости, живота и пр.

Приложение №6

Алгоритм базовых реанимационных мероприятий (первичный реанимационный комплекс)

Убедиться в безопасности для себя, больного и окружающих; устранить возможные риски (например, оголенные провода, битое стекло, движущийся транспорт, агрессивные настроенные люди и т.д.)

1. Проверить реакцию больного: аккуратно встряхнуть его за плечи и громко спросить «Что с Вами?». Лицам без медицинского образования не следует тратить время на проверку пульса на сонной артерии. Если больной

реагирует – оставить его в том же положении, попытаться выяснить причины происходящего и позвать на помощь, регулярно оценивать состояние больного.

2. Если больной не реагирует – повернуть на спину и открыть дыхательные пути путем запрокидывания головы и подтягивания подбородка – рукой нужно надавить на лоб, а другой рукой подтянуть подбородок.

3. Поддерживая дыхательные пути открытыми, необходимо увидеть, услышать и почувствовать нормальное дыхание, наблюдая за движениями грудной клетки, прислушиваясь к шуму дыхания и ощущая движение воздуха на своей щеке. Исследование продолжать не более 10 сек. Лицам с медицинским образованием необходимо также во время проверки дыхания оценить наличие пульса на сонной артерии.

4. Принять решение: дыхание нормальное, ненормальное или отсутствует. Необходимо помнить о том, что у 40% пострадавших в первые минуты после остановки кровообращения может развиваться агональное дыхание (редкие, короткие, глубокие судорожные дыхательные движения). Агональное дыхание может возникнуть во время проведения компрессий грудной клетки, это не признак восстановления спонтанного кровообращения. Если возникают сомнения в характере дыхания – вести себя так, как будто дыхание агональное.

Таким образом, отсутствие сознания и дыхания (или агональное дыхание) – признаки остановки кровообращения и показания к началу СЛР.

5. Если больной дышит нормально – поместить его в безопасное положение, вызвать скорую помощь, регулярно оценивать состояние и наличие нормального дыхания.

6. Если у больного агональное дыхание или оно отсутствует – попросить окружающих вызвать помощь (скорая помощь, врачи-реаниматологи) и принести автоматический наружный дефибриллятор (или сделать это самостоятельно); начать СЛР с компрессий грудной клетки.

Таким образом, клиническими признаками остановки кровообращения являются: отсутствие сознания, отсутствие нормального дыхания или

агональное дыхание, отсутствие пульса на сонной артерии (данный признак оценивают только лица с медицинским образованием).

7. Начать компрессии грудной клетки:

- встать на колени сбоку от больного;
- расположить основание одной ладони на центре грудной клетки больного;
- расположить основание другой ладони поверх первой ладони;
- сомкнуть пальцы рук в замок и удостовериться, что вы не оказываете давление на ребра; выгнуть руки в локтевых суставах;
- не оказывать давление на верхнюю часть живота или нижнюю часть грудины;
- расположить тело вертикально над грудной клеткой больного и надавить на глубину как минимум на 5 см, но не более 6 см;
- обеспечивать полную декомпрессию грудной клетки без потери контакта рук с грудиной после каждой компрессии;
- продолжать компрессии грудной клетки с частотой от 100 до 120/мин;
- компрессии и декомпрессии грудной клетки должны занимать равное время;
- компрессии грудной клетки следует проводить только на жесткой поверхности.

Компрессии грудной клетки необходимо сочетать с искусственными вдохами («изо рта в рот», «изо рта в нос», «изо рта в трахеостому»):

- после 30 компрессий открыть дыхательные пути, как было описано выше;
- зажать крылья носа большим и указательным пальцами руки, расположенной на лбу;
- открыть рот, подтягивая подбородок;

— сделать нормальный вдох и плотно охватить своими губами рот больного;

— произвести равномерный вдох в течение 1 сек., наблюдая при этом за подъемом грудной клетки, что соответствует дыхательному объему около 500-600 мл (признак эффективного вдоха); избегать форсированных вдохов;

— поддерживая дыхательные пути открытыми, приподнять свою голову и наблюдать за тем, как грудная клетка опускается на выдохе;

— если первый искусственный вдох оказался неэффективным, попытаться сделать второй вдох (но не более двух!), выполнить 30 компрессий грудной клетки, перед следующим вдохом необходимо удалить инородные тела изо рта больного, проверить адекватность открывания дыхательных путей;

— сделать еще один искусственный вдох. Всего необходимо сделать два искусственных вдоха, которые должны занять не более 10 сек. Следует избегать гипервентиляции, которая ухудшает венозный возврат к сердцу.

Продолжить СЛР в соотношении компрессии: вентиляции 30:2. Компрессии грудной клетки должны выполняться с минимальными перерывами.

Если СЛР проводит один спасатель, компрессии грудной клетки легче выполнять, встав сбоку от больного на колени, так как это облегчает перемещение от компрессии к искусственному дыханию и минимизирует перерывы. Если компрессии невозможно выполнять из положения сбоку, например, когда больной находится в ограниченном пространстве, выполняющий СЛР в одиночку может сделать это из-за головы, если спасателей двое – из положения между ног.

Возможная альтернатива проведения базовых реанимационных мероприятий для лиц без медицинского образования – выполнение только непрерывных, эффективных компрессий грудной клетки. Тем не менее, полноценные базовые реанимационные мероприятия (компрессии и дыхание) предпочтительны. Реанимация без искусственного дыхания неприемлема при

гипоксической внезапной остановки кровообращения (утопление, обструкция дыхательных путей инородным телом и др.).

Приложение №7

Манипуляция «Безопасное положение»

Основная задача для исключения рецидива терминального состояния – обеспечить устойчивое физиологическое положение пострадавшего. Осуществляется путем перевода его в положение на боку (рис.№1). Все действия должны быть последовательными, проводиться в строгой очередности, быстро, щадяще.

Противопоказаниями служат переломы шейного отдела позвоночника, тяжелые травмы, ранения головы, шеи.

Больного помещают в безопасное положение, если он без сознания (или сознание угнетено), но самостоятельно дышит (например, после проведения успешных реанимационных мероприятий)

Существуют различные варианты безопасного положения, каждый из которых должен обеспечивать положение тела больного на боку, свободный отток рвотных масс и секретов из ротовой полости, отсутствие давления на грудную клетку.

Техника №1

1. Снять с больного очки и положить их в безопасное место.
2. Опуститься на колени рядом с больным и убедиться, что обе его ноги выпрямлены.
3. Ближнюю к спасателю руку больного отвести в сторону до прямого угла к туловищу и согнуть в локтевом суставе таким образом, чтобы ладонь ее оказалась повернутой кверху.

4. Вторую руку больного переместить через грудь, а тыльную поверхность ладони этой руки удерживать у ближней к спасателю щеки больного.

5. Второй рукой захватить дальнюю от спасателя ногу больного чуть выше колена и потянуть ее кверху так, чтобы стопа не отрывалась от поверхности.

6. Удерживая руку больного, прижатой к щеке, потянуть больного за ногу, и повернуть его лицом к спасателю, в положение на бок.

7. Согнуть бедро больного до прямого угла в коленном и тазобедренном суставах.

8. Чтобы сохранить дыхательные пути открытыми и обеспечить отток секретов, отклонить голову больного назад. Если необходимо сохранить достигнутое положение головы, поместить руку больного под щеку.

9. Проверять наличие нормального дыхания каждые 5 минут.

10. Перекладывать больного в боковое стабильное положение на другом боку каждые 30 мин во избежание синдрома позиционного сдавления.

Техника №2

1. Исходное положение пострадавшего – на спине. Спасатель в положении сбоку у одной из сторон.

2. Снять очки с пострадавшего. Выпрямить ему обе ноги. Запрокинуть голову, выдвинуть нижнюю челюсть вперед. Согнуть правую ногу в коленном суставе, подтянуть стопу к коленному суставу другой ноги. Левое предплечье согнуть под углом 90°, положить кисть на живот к правому боку.

3. Выпрямить правую руку, прижать ее к туловищу; пальцы выпрямить.

4. Сместить плечо, предплечье и кисть левой руки к голове, взять пострадавшего одной рукой за левое плечо (в области надплечья), другой – за таз. Повернуть его на правый бок «накатом». Правая нога должна быть согнута в коленном суставе (умеренно); на правой голени должно располагаться бедро и коленный сустав несколько согнутой левой ноги.

5. Довернуть пострадавшего в положение, полулежа на правой половине живота. Голову запрокинуть. Левую руку согнуть в локтевом суставе, несколько подтянуть к голове. Голову удобно расположить на кисти левой руки. Правую руку несколько сместить назад, вплотную к туловищу, умеренно согнуть ее в локтевом суставе; кисть незначительно потянуть вверх.

6. Проследить, чтобы голова была в запрокинутом положении, нижняя челюсть была выдвинута вперед. Проверить пульс на сонной артерии, состояние зрачков, дыхание.

7. Проверить правильность, устойчивость положения пострадавшего (при необходимости – ввести соответствующие коррективы).

8. Продолжать контроль состояния пострадавшего, периодически контролировать дыхание, пульс, зрачки.

9. При отсутствии дыхания, пульса на сонных артериях, расширение зрачков, отсутствии реакции зрачков на свет — немедленно повернуть пострадавшего на спину, проводить реанимацию в полном объеме.

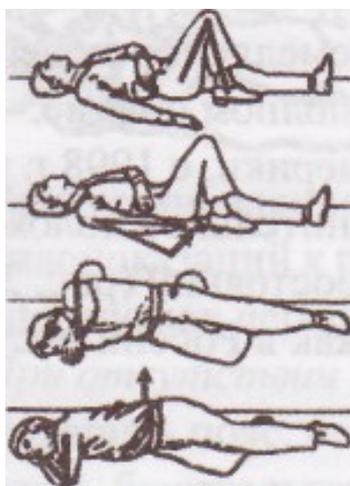


Рис.№1

Приложение №8

Алгоритм оказания первой помощи при обструкции дыхательных путей инородным телом

При обструкции тяжелой степени с сохраненным сознанием необходимо выполнить 5 ударов по спине:

- встать сбоку и несколько позади от пострадавшего;
- поддерживая пострадавшего одной рукой за грудь, второй наклонить его вперед настолько, чтобы, когда инородное тело сместится, оно выпало бы изо рта, а не опустилось глубже в дыхательные пути;
- нанести до пяти резких ударов основанием ладони в область между лопаток;
- после каждого удара проверять, не освободились ли дыхательные пути; стремиться, чтобы каждый удар был результативным, и стараться добиться восстановления проходимости дыхательных путей за меньшее число ударов (см. рис.№1,2)



Рис.№1



Рис.№2

Если 5 ударов по спине оказались неэффективными, необходимо выполнить 5 толчков в область живота (прием Геймлиха):

- встать сзади от пострадавшего и обхватить его на уровне верхней части живота обеими руками;
- наклонить его туловище вперед;

- сжать руку в кулак и поместить его между пупком и мечевидным отростком грудины строго по средней линии;
- обхватить кулак кистью второй руки и сделать резкий толчок по направлению внутрь и вверх;
- повторить манипуляцию до пяти раз;
- если обструкцию устранить не удалось, повторять попеременно по пять раз удары по спине и толчки в живот (рис.№3).



Рис.№ 3

Если пострадавший теряет сознание, аккуратно положить его на землю, вызвать экстренную службу и начать компрессии грудной клетки, которые будут способствовать изгнанию инородного тела из дыхательных путей. При проведении базовых реанимационных мероприятий в данном случае, при каждом открывании дыхательных путей следует проверять ротовую полость на предмет наличия инородного тела, вытолкнутого из дыхательных путей (рис.№4).



Рис.№4.

Вновь попытаться осторожно осуществить два эффективных вдоха. Если воздух проходит свободно – продолжить реанимацию. Если воздух не проходит – повернуть пострадавшего на бок, основанием кисти нанести 5 резких ударов по межлопаточной области (рис.№5).

При положении пострадавшего лежа на спине – расположить кисти одну на другой в верхнем отделе живота. Произвести 5 резких толчков в направлении вверх. Целесообразно комбинировать толчки в верхнем отделе живота с ударами по спине в межлопаточной области. В конце каждого цикла следует пытаться провести 1-2 вдоха. Одновременно с проведением отмеченных мероприятий следует заставить присутствующих немедленно вызвать реанимационную бригаду (рис.№6).



Рис.№5.

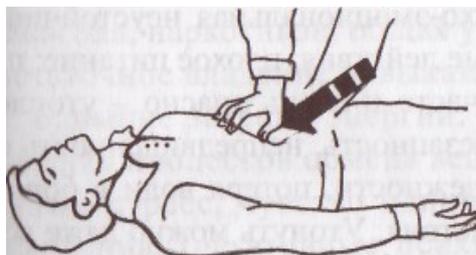


Рис.№6

Если после разрешения обструкции у пострадавшего сохраняется кашель, затруднение глотания, это может означать, что части инородного тела все еще остаются в дыхательных путях, и пострадавшего нужно отправить в лечебное учреждение. Всех пострадавших, которым оказывали помощь с применением ударов по спине и толчков в живот, следует госпитализировать и обследовать на предмет травм.

Каташевич Людмила Валерьевна
ГБПОУ Камчатского края
«Камчатский медицинский колледж»

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
КАМЧАТСКОГО КРАЯ
«КАМЧАТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА
практического занятия

ОП.04 «Генетика человека с основами медицинской генетики»

По теме: «Клинические проявления наследственных заболеваний»

Для специальности: 34.02.01 «Сестринское дело»
Уровень подготовки: базовый

Рассмотрена
на заседании цикловой комиссии
общефессиональных дисциплин
Протокол № 7 от 19 марта 2021 г.
Председатель ЦМК _____ / Л.В. Каташевич

СОГЛАСОВАНО
Заместитель директора по УМР
_____/С.В. Коровашкина
«__» _____ 2021 г.

Составитель:
Каташевич Л.В. – преподаватель первой квалификационной категории ГБПОУ
КК «Камчатский медицинский колледж»

г. Петропавловск-Камчатский, 2021

Содержание:

1	Пояснительная записка	3
2	Цели занятия	4
3	Материально-техническое оснащение занятия	5
4	Междисциплинарные связи	6
5	Структурно-логическая схема занятия	7
6	Список использованной литературы	8
7	Приложения	9

Пояснительная записка

Методическая разработка практического занятия по теме: «Клинические проявления наследственных заболеваний» разработана в соответствии с ФГОС СПО.

Данная тема входит в изучение ОП.04 «Генетика человека с основами медицинской генетики». Тема изучается студентами второго курса, обучающимися по специальности «Сестринское дело» на базе основного общего образования. На изучение выделяется 2 академических часа.

Прогресс теоретической и клинической медицины обеспечил возможность лечения и профилактики тяжелых, ранее считавшихся неизлечимыми заболеваний. Это относится, прежде всего, к наследственным заболеваниям, которые являются основной причиной детской смертности и инвалидности. Из года в год появляются новые виды лечения, продлевающие жизнь больных, в среднем до 5 лет. Медицинский персонал может помочь каждой семье иметь здоровых детей или организовать медицинскую помощь, если больной ребенок родился.

Роль медицинской сестры в помощи больным с наследственными заболеваниями и их семьям трудно переоценить.

Вид занятия: практическое.

Формы и методы проведения:

- словесные: объяснение, фронтальный опрос, доклады студентов;
- наглядные: мультимедийная презентация, фото клинических проявлений наследственных заболеваний.

Цели занятия

Учебная: систематизировать и закрепить знания по теме, овладеть умениями и навыками определения наследственных заболеваний по клиническим показателям и внешним признакам.

Развивающая: развивать у студентов сознательное восприятие учебного материала, познавательный интерес, мышление, внимание. Способствовать развитию умения анализировать, выделять главное.

Воспитательная: воспитать понимание необходимости знаний в области генетики человека.

После изучения темы студент должен:

Знать:

- классификацию наследственных заболеваний;
- признаки различных наследственных заболеваний;
- клинические проявления и профилактику наследственных заболеваний;
- генетическую терминологию;

Уметь:

- классифицировать наследственные заболевания;
- определять по анатомо-физиологическим особенностям и фотографиям то или иное наследственное заболевание;
- использовать генетическую терминологию на занятиях.

Материально-техническое обеспечение:

- 1) кроссенс;
- 2) раздаточный материал (фото клинических проявлений наследственных заболеваний, ситуационные задачи);
- 3) презентация.

Занятие способствует формированию у студентов следующих профессиональных и общих компетенций, включающих в себя способность:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, а также для профессионального и личностного развития.

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.5. Соблюдать правила пользования аппаратурой, оборудованием и изделиями медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

Междисциплинарные связи:

- ОБП.10 Биология;
- ОП.02 Анатомия и физиология человека;
- ОП.03 Основы патологии;
- ОП.05 Гигиена и экология человека;
- ОП.07 Фармакология;
- ПМ.01 Проведение профилактических мероприятий;
- ПМ.02 Проведение сестринского ухода при различных состояниях.

Внутрипредметные связи:

- молекулярные и цитогенетические основы наследственности;
- гаметогенез;
- методы изучения наследственности человека;
- мутагенез;
- медико-генетическое консультирование.

Структурно-логическая схема занятия (хронокарта)

Этап занятия	Время	Содержание
Организационный момент	2 мин	1) Отметка отсутствующих. 2) Отметка готовности аудитории и студентов к

		занятию (наличие формы, учебников, тетрадей).
Введение, мотивация, актуализация темы занятия	3 мин	Целевая установка занятия: - тема занятия формулируется студентами самостоятельно, - цель, план лекции, мотивация изучения темы озвучивается преподавателем (Приложение 1)
Актуализация базовых знаний	12 мин	Проверка уровня знаний, понятийного аппарата по изучаемой теме, проводится в форме терминологической игры «Объясни мне» (Приложение 2). Студенты работают устно у доски в парах. Объясняют термины выведенный на доску и определяют их. Используется образовательная платформа https://www.learnis.ru .
Основная часть	45 мин	Студенты в тетради оформляют таблицу «Сравнительная характеристика наследственных болезней» и заполняют ее по ходу докладов подготовленных студентами (Приложение 3).
Физкультминутка	3 мин	Физкультминутка для снятия утомления с плечевого пояса и рук (Приложение 4).
Закрепление материала	20 мин	Студенты определяют клинические признаки наследственных заболеваний заданного преподавателем заболевания (Приложение 5). Решение ситуационных задач (Приложение 6)
Тема следующего занятия, домашнее задание	3 мин	Медико-генетическое консультирование Повторить материал по теме следующего занятия по лекционному материалу и учебнику Гайнутдинов И.К. стр. 268-301 Знать: - определение термина «медико-генетическое консультирование» - показания для прохождения медико-генетического консультирования - этапы медико-генетического консультирования - методы диагностики наследственных заболеваний
Рефлексия Выставление отметок	2 мин	Преподаватель подводит итоговую оценку, студенты проводят рефлексию занятия

Время практического занятия – 90 мин.

Список использованных источников:

1. Бочков, И.П. Клиническая генетика : учебник / Н.П. Бочков, В.П. Пузырев, С.А. Смирнихина ; под ред. Н.П. Бочкова. 0 4-е изд., доп. И перераб. –

М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 592 с. : ил.

2. Гайнутдинов, И.К. Юровская, Э.Д. Медицинская генетика. Учебник. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К⁰», 2009. – 336 с.

3. Кургуз Р.В. Генетика человека с основами медицинской генетики : учебное пособие / Р.В. Кургуз, Н.В. Киселева. – Санкт-Петербург : Лань, 2019. – 176 с.: ил.

4. Медицинская генетика : учебник / под ред. Н.П. Бочкова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 224 с. : ил.

Приложение № 1

Введение

Преподаватель включает интерактивную доску и демонстрирует кроссенс (рисунок 1) для формулирования темы занятия студентами.

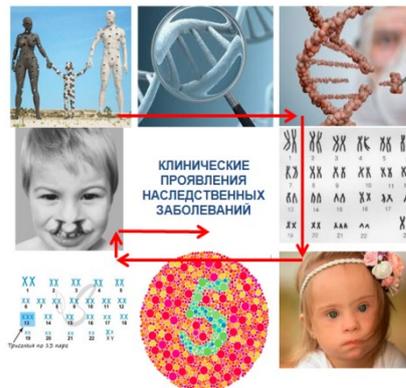


Рисунок 1 – Кроссенс по теме занятия

Представлена картина из 9 квадратов, центральный квадрат закрыт (в нем скрыта тема занятия). Читать кроссенс будем по стрелкам, подсказывающим нам путь. Предыдущая картинка связана по смыслу со следующей, и так далее. Центральная картинка объединяет все представленные картинки.

Эталон ответов:

1 картинка – семейная пара с ребенком, ребенок наследует генетическую информацию своих родителей.

2 картинка – изучаемая ДНК.

3 картинка – в ДНК обнаружены поврежденные гены.

4 картинка – представлен кариотип человека, при подсчете количество хромосом получаем – 47. Трисомия по 21 хромосоме. Определяем заболевание Синдром Дауна, что подтверждается картинкой 5.

5 картинка – ребенок с заболеванием Синдромом Дауна.

6 картинка – картинка, с помощью которой определяют восприятие цветовой гаммы (тест Ишихара). Наследственное заболевание дальтонизм, сцепленное с половой X-хромосомой.

7 картинка – кариотип человека страдающего геномным наследственным заболеванием Синдром Патау, трисомия по 13 паре хромосом.

8 картинка – портрет ребенка больного Синдромом Патау.

9 картинка – представленные картинки рассказали о преемственности наследственной информации от родителей. От родителей могут передаваться как нормальные, так и поврежденные гены или могут вообще отсутствовать. Вследствие чего могут развиваться различные заболевания, как проявляющиеся впервые, так и наследуемые от родителей. Некоторые заболевания имеют характерные внешние и внутренние проявления.

Тема занятия: «Клинические проявления наследственных заболеваний».

Студенты записывают в тетрадях дату и тему занятия.

Преподаватель мотивирует студентов на изучение данной темы, знакомит с целью и планом занятия, проецируя их на интерактивной доске.

Мотивация изучения темы: тема «Клинические проявления наследственных заболеваний» является одной из наиболее интересных и основополагающих в процессе изучения медицинской генетики. До XX века

главной проблемой медицины были инфекционные заболевания, уносившие миллионы человеческих жизней. Открытие антибиотиков вложило в руки медиков эффективное орудие борьбы со многими инфекциями. В настоящее время медицинским работникам все чаще приходится иметь дело с наследственной патологией, число которой постоянно растет, отмечаются новые формы наследственной патологии. Эти заболевания могут с высокой вероятностью явиться причиной инвалидности или преждевременной гибели пациента. Поэтому в современных условиях медицинская сестра должна иметь представление о различных наследственных патологиях, о причинах их возникновения, возможных мерах предупреждения их возникновения, об особенностях ухода за больными с наследственной патологией.

Цель занятия: систематизировать и закрепить знания по теме, овладеть умениями и навыками определения наследственных заболеваний по клиническим показателям и внешним признакам.

План занятия:

- 1. Терминологическая игра «Объясни мне».**
- 2. Заполнение таблицы «Сравнительная характеристика наследственных заболеваний».**
- 3. Задание на закрепление.**

Приложение 2

Актуализация базовых знаний

Актуализация знаний происходит по средствам терминологической игры «Объясни мне!» разработанной преподавателем на образовательной платформе <https://www.learnis.ru>, доступ к игре осуществляется по прямой ссылке на игру <https://www.learnis.ru/397865/>.

Правила игры. К доске выходят два студента, один из них встаёт к доске спиной, второй – лицом, чтобы видеть термин, предлагаемый для объяснения.

После определения термина, первый студент (стоящий спиной к доске) проходит на своё место. Студент, который объяснял термин, встаёт к доске спиной. Для объяснения следующего термина выходит следующий студент.

Студенты группы, не участвующие в объяснении следят за ходом игры, при возникновении затруднения помогают объяснить термин, представленный на экране. Зарабатывая дополнительные баллы на занятии.

Перечень терминов для игры:

1. Аутосомное заболевание
2. Хромосомное заболевание
3. X-сцепленные рецессивные заболевания
4. Генное заболевание
5. Аутосомно-доминантное заболевание
6. Геномное заболевание
7. Аутосомно-рецессивное заболевание
8. Кариотип
9. Голандрический тип наследования заболевания
10. Болезни с наследственной предрасположенностью
11. X-сцепленные доминантные заболевания
12. Генетическая предрасположенность
13. Мозаицизм
14. Делеция

Эталоны ответов:

1. **Аутосомное заболевание** – все хромосомы человека, кроме половых называются аутосомами. Мутированные гены, расположенные в аутосомах по наследству не передаются.

2. **Хромосомное заболевание** - наследственные заболевания, обусловленные изменением структуры хромосом.

3. **X-сцепленные рецессивные заболевания** - отцы никогда не передают заболевание сыновьям, но всегда дочерям. Сын наследует болезнь от матери,

если она больна, и может наследовать с вероятностью 50%, если она здорова, но является носителем гена, определяющего патологию.

4. Генное заболевание - заболевание, возникающее в результате повреждения ДНК на уровне гена. К данному типу заболеваний относится – Фенилкетонурия.

5. Аутосомно-доминантное заболевание – заболевание, проявиться у детей даже в том, случае, когда болен один из родителей.

6. Геномное заболевание – заболевания, обусловленные изменением количества хромосом в кариотипе человека. К данному типу заболеваний относится – синдром Дауна.

7. Аутосомно-рецессивное заболевание – оба родителя являются носителями рецессивного гена. Заболевание проявляется только в гомозиготном состоянии.

8. Кариотип - совокупность признаков полного набора хромосом, присущая клеткам данного биологического вида.

9. Голандрический тип наследования заболевания – при данном типе наследования, гены, ответственные за развитие патологического признака, локализованы в Y-хромосоме. По данному типу наследуются следующие заболевания - гипертрихоз ушных раковин, избыточный рост волос на средних фалангах пальцев кистей и др.

10. Болезни с наследственной предрасположенностью – болезни, развитие которых определяется взаимодействием определенных наследственных факторов (сочетаний нормальных аллелей разных генов, мутаций) и факторов среды. Второе название Мультифакторные заболевания. Примером, данного типа заболевания является ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, шизофрения и др.

11. X-сцепленные доминантные заболевания – когда только мать является носителем мутировавшего или дефектного гена, связанного с заболеванием или нарушением; у нее самой будет расстройство. Ее дети унаследуют заболевание следующим образом: из ее дочерей и сыновей: 50%

будут иметь заболевание, 50% не будут затронуты полностью. Дети любого пола имеют равные шансы получить любую из двух X-хромосом своей матери, одна из которых содержит рассматриваемый дефектный ген. Когда только отец является носителем дефектного гена, связанного с болезнью или расстройством, он тоже будет иметь расстройство. Его дети унаследуют заболевание следующим образом: Из его дочерей: 100% будут иметь расстройство, так как все его дочери получают одну копию его единственной X-хромосомы. Из его сыновей: ни у кого не будет расстройства; сыновья не получают X-хромосому от отца.

Тип наследования синдрома Клайнфельтера.

12. Генетическая предрасположенность – комбинация аллелей разных локусов, предрасполагающих к более раннему возникновению заболеваний под влиянием факторов окружающей среды и более тяжелому их течению.

13. Мозаицизм - наличие в клетках организма одновременно нормального и патологического набора хромосом.

14. Делеция - хромосомные перестройки, при которых происходит потеря участка хромосомы.

Приложение 3

Заполнение таблицы

«Сравнительная характеристика наследственных заболеваний»

Заполните таблицу «Сравнительная характеристика наследственных заболеваний», используя материал сообщений студентов группы.

Студентам необходимо было подготовить сообщение по одному из наследственных заболеваний и описать его, согласно плана:

- название наследственного заболевания
- тип заболевания (хромосомное, генное и т.д.)

- тип наследования заболевания (аутосомное, связанное с половыми хромосомами и т.д.)

- частота встречаемости
- характерные признаки
- продолжительность жизни
- лечение (излечивается / корректируется)

Тематика сообщений:

1. Муковисцидоз
2. Фенилкетонурия
3. Синдром Марфана
4. Синдром Мартина-Белл
5. Синдром Дауна
6. Синдром Патау
7. Синдром Шерешевского-Тернера
8. Синдром Лежена
9. Синдром на Юнера Тана
10. Прогерия
11. Злокачественная гипертермия
12. Бронхиальная астма
13. Сахарный диабет
14. Синдром Клайнфельтера

Таблица «Сравнительная характеристика наследственных заболеваний»

Название наследственного заболевания	Тип заболевания	Тип наследования заболевания	Частота встречаемости	Характерные признаки	Продолжительность жизни	Лечение (излечивается / корректируется)
Муковисцедоз (кистозный фиброз)	Генное	аутосомно-рецессивное	1 : 2000-2500 новорожденных	Поражает все экзокринные желёз, а также жизненно важные органы и системы	Средняя продолжительность жизни в России 22-30 лет. Смертность составляет 50-60%, среди детей раннего возраста выше.	Применение пищеварительных ферментов, муколитиков, комплекс дыхательных упражнений
Фенилкетонурия	Генное	Аутосомно-рецессивное	Распространённость заболевания варьируется в различных группах населения. 1 : 2600 Турция 1 : 100000 Финляндия	Фенилаланин и его токсические продукты приводят к поражению ЦНС, нарушение умственного развития (фенилпировидоградная олигофрения)	Спец диета, проводимая с первого месяца жизни ребенка до полового созревания , предотвращает развитие умственной отсталости и др проявлений болезни	Поддаётся лечению при соблюдении низкобелковой диеты
Синдром Клайнфельтера	Хромосомное	Дополнительная X-половая хромосома у	1 : 500 -1000 новорожденных мальчиков	- скудное оволоснение лица и тела - бесплодие	-	Заместительная гормонотерапия

		мальчиков		- трудности в обучении - развитие фигуры по «женскому типу»		
Сахарный диабет	С наследственной предрасположенностью		1-9% населения, каждые 10-15 лет количество больных удваивается	- гипергликемия - нарушение обменных процессов - потеря жидкости - постоянная жажда		Симптоматическое, направленное на устранение симптомов
Бронхиальная астма	Мультифакторное	-	4-10% населения России, болен 1 родитель вероятность – 20-30%, оба родителя - 75%	Характерными симптомами БА являются свистящие хрипы, одышка, чувство заложенности в груди и кашель. Симптомы переменны по времени и интенсивности и часто ухудшаются ночью или рано утром. Клинические проявления БА могут провоцировать респираторные вирусные инфекции, физические упражнения, воздействие аллергенов, изменения погоды	-	Для лечения БА используются препараты, воздействующие на механизм заболевания, и симптоматические препараты, влияющие только на гладкую мускулатуру бронхального дерева и снимающие приступ.
Злокачественная гипертермия	Фармакогенетическое заболевание	Аутосомно-доминантное	1:10000-1:220000 общих анестезий у взрослых и 1:3000–	К ранним признакам заболевания относятся быстрый рост уровня	-	Дантролен - препарат, способный

			15000 анестезий у детей	СО2 в выдыхаемом воздухе или тахипноэ, тахикардия, гипертермия, цианоз и генерализованная мышечная ригидность.		остановить криз ЗГ. Блокируя непосредственно риаодиновые рецепторы 1 типа, он оказывает миорелаксирующее действие. В России препарат не зарегистрирован
Прогерия	Генное	аутосомно-рецессивное	350 случаев прогерии в мире	в клетках кожи больных обнаружены нарушения репарации ДНК и клонирования фибробластов, а также атрофические изменения эпидермиса и дермы, исчезновение подкожной клетчатки	Средняя продолжительность жизни при детской прогерии - 13 лет. достижения совершеннолетия редки.	Симптоматическое лечение
Синдром Юнера Тана	Генное, отсутствует ген 9 хромосомы	Аутосомно-рецессивный	Единичные случаи в провинциях Турции, Богарии	Поражение головного мозга, наблюдается умственная отсталость и дефицит координации и баланса. Поэтому больные могут ходить только на четвереньках.	-	Не предусмотрено
Синдром Лежена	Хромосомное, потеря части р-плеча 5 хромосомы		1 : 40000-50000 новорожденных	- характерный плач ребёнка, напоминающий мяуканье кошки; - низкий вес при	большая часть погибает до года от сопутствующих	Лечение симптоматическое

				<p>рождении (до 2500г);</p> <ul style="list-style-type: none"> - нарушено сосание и глотание; - круглое лунообразное лицо; - короткая шея с кожными складками; - глаза широко посажены; - нос широкий с плоской переносицей; - малые размеры головного мозга и черепа с сильно выступающими лобными буграми; - маленькая нижняя челюсть; - умственная отсталость, задержка развития речевых и физических навыков 	<p>заболеваний (сердечной и почечной недостаточности),</p> <p>10% доживают до подросткового периода, встречаются случаи доживают до 50 лет</p>	
Синдром Шерешевского-Тернера	Хромосомное, потеря одной X-половой хромосомы или изменение ее строения	Чаще всего не наследуется, возникает в процессе формирования половых клеток. Люди в основном бесплодны,	1 : 3000-5000, часто происходит самопроизвольное прерывание беременности на ранних сроках	<ul style="list-style-type: none"> - болеют только женщины, - масса тела детей при рождении обычно меньше нормы; - у новорожденных отмечают лимфатический отек стоп, голеней, кистей 	Не влияет на продолжительность жизни. Множественные пороки развития.	Поддерживающая терапия, бесплодие

		чаще аномалия связана с отцом.		рук, - крыловидные складки кожи на шее.		
Синдром Патау	Хромосомное заболевание – трисомия по 13 хромосоме	Не наследуется, возникает в процессе формирования половых клеток. Риск рождения больного ребёнка повышается с ростом матери (с 31 года).	1 : 7500	- вес ребенка до 2500 гр, - наличие двусторонней расщелины на лице (волчьей пасти и заячьей губы), - деформацию ушных раковин, - маленькую окружность головы (микроцефалия), - низкий скошенный лоб, - запавшая переносица, - узковатые щели глаз,	95% умирает в первый год, незначительное количество проживает несколько лет.	Медикаментозно продление жизни ребенка, за счет улучшения качества жизни. Хирургическая коррекция пороков.
Синдром Дауна	Хромосомное	Риск увеличивается с возрастом матери и отца	1 : 600-800	-плоская переносица; -монголоидный разрез глаз; -плоское лицо и затылок; - сниженный иммунитет.	Около 50 лет	
Синдром Мартина-Белл	Наследование сцепленное с ломкой хромосомой X	Доминантное заболевание сцепленное с полом	1 : 4000 у мужчин 1 : 6000 у женщин	- мальчики рождаются с большим весом до 4 кг. - увеличение яичек, при отсутствии эндокринных патологий - большие оттопыренные уши, низкопасажены - средняя и легкая степень умственной отсталости	-	нет

Синдром Марфана	Генное	Аутосомно-доминантное заболевание	1 : 3000-5000	- заболевание соединительной ткани, - патологические изменения сердца и сосудов, опорно-двигательного аппарата и глаз	30-40 лет, смерть наступает вследствие расслаивающейся аневризмы аорты или застойной сердечной недостаточности	Поддерживающая терапия на снижение риска осложнений
-----------------	--------	-----------------------------------	---------------	--	--	---

Приложение 4

Физкультминутка для снятия утомления с плечевого пояса и рук

2. Исходное положение – стоя, руки на поясе.

1 – правую руку вперёд, левую вверх.

2 – поменять положение рук.

Повторить 3–4 раза, затем опустить руки вниз, потрясти кистями. Темп средний.

2. Исходное положение – стоя, кисти тыльной стороной на поясе.

1–2 – свести локти вперёд, голову наклонить вперёд.

3–4 – локти назад, прогнуться.

Повторить 6–8 раз, затем руки вниз и потрясти расслабленно. Темп медленный.

2. Исходное положение – стоя, руки вверх.

1 – сжать кисти в кулак.

2 – разжать кисти.

Повторить 6–8 раз, затем руки расслабленно опустить вниз и потрясти кистями.

Темп средний.

Приложение 5

Закрепление материала

1. Определение клинических проявлений наследственного заболевания заданного преподавателем.

Студентам, для работы в парах раздаются заготовленные клинические проявления наследственных заболеваний (нарезанные на полоски из формата листа А4). Преподаватель для каждой пары студентов определяет заболевание, признаки которого они должны выделить.

В случае правильного отбора клинических проявлений заданного заболевания, у студентов на обратной стороне получится портрет больного данным заболеванием.

Клинические признаки наследственных заболеваний	Наследственные заболевания
Эпикантус	Синдром Дауна
Двусторонняя расщелина на лице	Прогерия
Вывих подвывих суставов	Синдром Марфана
Кашель по ночам и рано утром	Бронхиальная астма
Неправильное телосложение	Шерешевского-Тернера
Одна ладонная складка	Синдром Лежена
Вывих хрусталика глаза	Синдром Патау
Синдактилия (сращивание пальцев рук и ног у новорожденного)	
Одышка	
Деформированные ушные раковины	
Полуоткрытый рот	
Кожные крыловидные складки на боковых поверхностях шеи	
Исчезновение подкожной клетчатки	
Пороки развития сердца	
Полидактилия	
Лунообразное лицо с широко расставленными глазами	
Половой инфантилизм	
Стеснение в груди	
Большая голова с клювовидным носом	
Микроцефалия	
Плач напоминающий мяуканье	
Помутнение хрусталика	

2. Решение ситуационных задач.

1) В молодой семье родился ребенок, плач которого напоминает кошачье мяуканье. При обращении в медико-генетическую консультацию у ребенка обнаружили лунообразное лицо. Мышечную гипотонию, микроцефалию, косоглазие, низко расположенные деформированные ушные раковины, задержку психического развития.

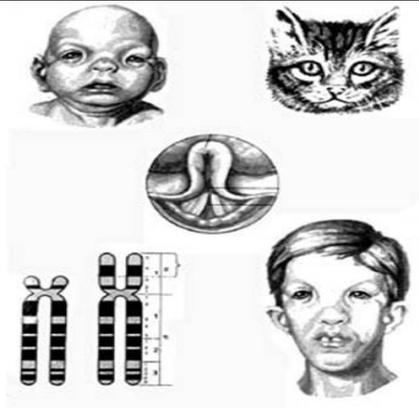
2) В семье у здоровых родителей родился доношенный ребенок с массой тела 2400 грамм. В медико-генетической консультации у ребенка обнаружили микроцефалию, низкий скошенный лоб, суженные глазные щели, помутнение роговицы, двухсторонние расщелины верхней губы и неба, синдактилию пальцев, короткую шею, задержку психического развития.

Приложение 6

Закрепление материала (эталон ответов)

1. Определение клинических проявлений наследственного заболевания заданного преподавателем.

	<p>Синдром Марфана Вывих хрусталика глаза Длинные тонкие пальцы Вывих и подвывихи суставов Пороки сердца</p>
	<p>Шерешевского-Тернера</p> <p>Неправильное телосложение Половой инфантилизм Кожные крыловидные складки на боковых поверхностях шеи Деформацию локтевых суставов.</p>



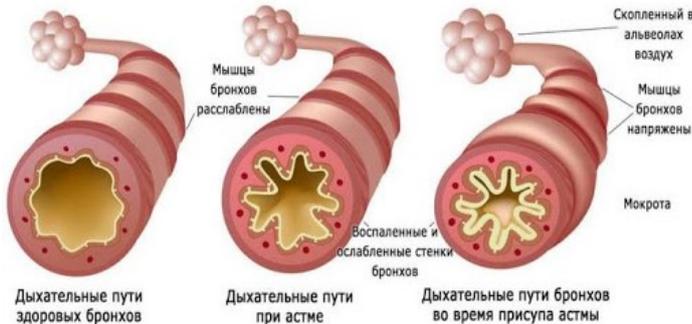
Синдром Лежена

Лунообразное лицо с широко расставленными глазами
 Плач напоминающий мяуканье
 Синдактилия (сращивание пальцев рук и ног у новорожденного)



Прогерия

Замедление роста ребенка
 Исчезновение подкожной клетчатки
 Большая голова с клювовидным носом
 Помутнение хрусталика



Бронхиальная астма

Кашель по ночам и рано утром
 Одышка
 Стеснение в груди



Синдром Патау

Двусторонняя расщелина на лице
 Деформированные ушные раковины
 Микроцефалия
 Полидактилия
 Аномальные гениталии

	<p style="text-align: center;">Синдром Дауна</p> <p>Эпикантус Одна ладонная складка Полуоткрытый рот Искривление мизинца Аномальное расстояние между первым и вторым пальцами</p>
---	--

2. Решение ситуационных задач (эталонные ответы)

1) В молодой семье родился ребенок, плач которого напоминает кошачье мяуканье. При обращении в медико-генетическую консультацию у ребенка обнаружили лунообразное лицо. Мышечную гипотонию, микроцефалию, косоглазие, низко расположенные деформированные ушные раковины, задержку психического развития. – **синдром Лежена / «Кошачьего крика»**

2) В семье у здоровых родителей родился доношенный ребенок с массой тела 2400 грамм. В медико-генетической консультации у ребенка обнаружили микроцефалию, низкий скошенный лоб, суженные глазные щели, помутнение роговицы, двухсторонние расщелины верхней губы и неба, синдактилию пальцев, короткую шею, задержку психического развития. – **синдром Патау**

фрагмент

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА

ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ

Тема: «Сестринская помощь при заболеваниях щитовидной железы».

ПМ.02. «Участие в лечебно – диагностическом и реабилитационных процессах»

МДК.02.01. «Сестринская помощь в терапии». IV курс

Специальность 34.02.01. Сестринское дело

Количество часов: 6 часов

##

Мотивация занятия Практическое занятие является наиболее целесообразным при изучении данной темы, так как его структура и дидактические возможности позволяют реализовать поставленные цели. Отработка необходимых навыков будет способствовать усвоению учебного материала и применению в практической деятельности.

Тип занятия – практическое занятие.

Место проведения – учебная комната при городской больнице.

Время: 6 часов

После изучения темы студент должен

Знать:

- Определение понятий «гипотиреоз», «тиреотоксикоз», «эндемический зоб».
- Этиопатогенез данных заболеваний.
- Клинические критерии гипофункции и гиперфункции щитовидной железы.
- Дополнительные методы диагностики заболеваний щитовидной железы.
- Принципы лечения гипо – и гипертиреоза.
- Осложнения и неотложные состояния при гипо – и гипертиреозе.
- Принципы оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при тиреотоксическом кризе и гипотиреоидной коме.
- Правила транспортировки больных с этими состояниями.
- Диспансеризацию пациентов с заболеваниями щитовидной железы.

Уметь:

- Правильно транспортировать больного при неотложных состояниях.
- Подготовить пациента к исследованиям: сканированию щитовидной железы, УЗИ, анализу крови на ТТГ, трийодтиронин (Т3), тироксин (Т4) и др.
- Провести инфузионную терапию.
- Дать рекомендации по приему лекарственных препаратов, диетическому питанию.
- Проконсультировать пациента и семью по вопросам профилактики заболеваний щитовидной железы.

МАТЕРИАЛ ДЛЯ КОНТРОЛЯ

Задание №1: Задания в тестовой форме.

Выберите правильный вариант ответа:

1. Непосредственные причины, предшествующие заболеванию эндокринной системы:

- а) переедание, курение
- б) стресс, инфекция, климакс
- в) злоупотребление соленым, острым
- г) гиподинамия

2. При пальпации щитовидная железа в норме:

- а) пальпация невозможна;
- б) бугристая, болезненная
- в) гладкая, эластичная
- г) плотная, узловатая

3. Экзофтальм – это:

- а) изменение ногтевых пластин
- б) расхождение зубов
- в) увеличение размеров глазных яблок
- г) увеличение размеров носа

4. К методам исследования щитовидной железы относятся все, кроме:

- а) определение гормонов
- б) радиоизотопное исследование
- в) биопсия щитовидной железы
- г) ирригоскопия
- д) ультразвуковое исследование щитовидной железы

Выберите несколько правильных ответов:

14. Какие синдромы характерны для поражения щитовидной железы:

- а) синдром гипотиреоза
- б) синдром сердечной недостаточности
- в) синдром гипертиреоза
- г) синдром гипергликемии
- д) синдром бронхиальной обструкции

е) синдром Иценко – Кушинга

ж) синдром акромегалии

15. Пальпация щитовидной железы проводится с целью определения:

а) функции

б) формы

в) консистенции

г) подвижности

д) размеров

16. При объективном обследовании пациентов с заболеваниями щитовидной железы обращают внимание:

а) на аускультацию сердца

б) рост

в) выражение лица

г) перкуссию сердца

д) волосяной покров

е) исследование гормонов в крови

Эталоны ответов: 1 – б; 2 – а; 3 – в; 4 – г; 5 – 1; 6 – 3; 7 – 3; 8 – 2; 9 – 3;

10 – 4; 11 – 3; 12 – 4; 13 – 4; 14 – а, в; 15 – в, д; 16 – в, д.

Задание 2): установить соответствие

Заболевание	Симптомы
А). Гипертиреоз Б). Гипотиреоз	1. Повышенная возбудимость 2. Симптом Грефе 3. Запоры 4. Тахикардия 5. Зябкость 6. Увеличение веса 7. Экзофтальм

	8. Тремор
	9. Нарушение ритма сна
	10. Сухость кожи
	11. Снижение внимания
	12. Брадикардия

Задание 3): Дополните следующие утверждения:

1. Тиреотоксикоз – это...
2. При тиреотоксикозе функция щитовидной железы ...
3. Со стороны нервной системы при тиреотоксикозе наблюдают ...
4. К глазным симптомам тиреотоксикоза относят:
 - а) ...б)...в)...г)...
5. Стадии зоба (по классификации ВОЗ):
 - а)...б)...в)...
6. Диагностика тиреотоксикоза включает:
 - а)...б)...в)...
7. Для лечения тиреотоксикоза применяют ...
8. Гипотиреоз – это ...
9. Классификация гипотиреоза ...
10. В качестве заместительной терапии при гипотиреозе применяют ...

Задание 4): Решить ситуационные задачи (письменно в дневниках):

Ситуационная задача №1 В стационар поступила пациентка 30 лет с диагнозом диффузный токсический зоб. Беспокоит резкая слабость, потеря массы тела (похудела в течение месяца на 5 кг), чувство «песка» в глазах, чувство «комка» в горле, постоянный субфебрилитет, повышение АД (180/70 мм рт. ст.), поносы. Больная эмоциональна, раздражительна, плохо спит, так как ей жарко в палате.

Задание: Определить нарушенные потребности. Определить все проблемы пациентов. Выбрать приоритетную и поставить цель сестринского ухода. Спланировать сестринское вмешательство с учётом всех проблем, пользуясь стандартами сестринского ухода.

Ситуационная задача №2

В стационар поступила пациентка 50 лет с диагнозом гипотиреоз. Беспокоят запоры, сухость кожи, выпадение волос, ломкость ногтей, увеличение массы тела на 10 кг в течение последнего года, понижение слуха, общая заторможенность. Отмечает повышенную зябкость, мёрзнет в палате. В крови – повышение холестерина и триглицеридов.

Задание: Определить нарушенные потребности. Определить все проблемы пациентов. Выбрать приоритетную и поставить цель сестринского ухода. Спланировать сестринское вмешательство с учётом всех проблем, пользуясь стандартами сестринского ухода.

Задание 5). Оформить в дневнике таблицу:

Признаки	Диффузно-токсический зоб	Гипотиреоз
Характеристики кожных покровов		
Переносимость тепла и холода		
Температура тела		
Изменения со стороны нервной системы		
Нарушение сна		
Поражение глаз		
Изменения сердечно – сосудистой системы		

Масса тела		
Поражение ЖКТ		
Наличие тремора		
Изменения голоса и слуха		
Наличие отёков		
Уровень Т3, Т4 в крови		
Медикаментозное лечение		

фрагмент

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА

ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ

Тема: «Лекарственные средства кардиотонического действия, влияющие на сердечно – сосудистую систему»

ПМ.01.Реализация лекарственных средств и товаров аптечного ассортимента

МДК.01.01.Лекарствоведение МДК.01.01.1. Фармакология III курс

Специальность 33.02.01 « Фармация»

Количество часов: 6 часов

##

Мотивация занятия: Практическое занятие является наиболее целесообразным при изучении данной темы, так как его структура и дидактические возможности позволяют реализовать поставленные цели. Отработка необходимых навыков будет способствовать усвоению учебного материала и применению в практической деятельности.

Тип занятия – практическое занятие.

Место проведения – кабинет фармакологии.

Время: 6 часов

После изучения темы студенты должны формировать

ПК 1.1. – ПК 1.8.; ОК.1 – ОК.12

Уметь:

- уметь проводить фармацевтическую экспертизу рецептурных бланков;
- уметь давать обоснованные рекомендации по приему лекарственных средств кардиотонического действия, влияющих на сердечно – сосудистую систему;
- оказывать консультативную и информационную помощь в целях обеспечения ответственного самолечения.

ЗНАТЬ:

- знать фармакологическую группу лекарственных препаратов, фармакологические эффекты, механизмы действия, показания к применению, способы применения, а также возможные побочные эффекты, противопоказания.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЯ:

Задание №1: Заполните таблицу по изучаемым препаратам:

строфантин, коргликон, дигоксин, препараты горичвета, дигитоксин, добутамин, допамин, амрион, левосимендан, боярышника плоды;

Работа с аннотациями к лекарственным препаратам.

Международное наименование, МНН, латин.яз.	Торговые наименования (2-5)	Фарм. действие (механизм действия)	Показания к применен, способ применения	Побочные действия	Противопоказания	Формы выпуска

Задание №2: Выпишите в виде рецепта, используя справочную литературу:

- Сердечный гликозид при острой сердечной недостаточности.

- Препарат наперстянки (в таблетках).
- Сердечный гликозид практически не кумулирующий в организме.
- Препарат ландыша.
- Комбинированный препарат калия и магния при интоксикации сердечными гликозидами.
- Кардиотоническое средство негликозидной структуры.
- Кардиотоническое средство – ингибитор фосфодиэстеразы.
- В1-адреномиметик при острой сердечной недостаточности
- Кардиотоническое средство при кардиогенном шоке.

Задание №3: Дополните текст:

1. Строфантин и коргликон вводят
2. При передозировке сердечных гликозидов следует назначать
3. При хронической сердечной недостаточности применяют
4. Из препаратов ландыша для инъекций применяют
5. Автоматизм сердца сердечные гликозиды

Эталон ответа: 1 Внутривенно. 2 Препараты калия. 3 Неполярные (дигитоксин) и относительно полярные (дигоксин) гликозиды. 4 Коргликон. 5 Повышают в больших дозах.

Задание №4: Задания в тестовой форме.

1. К кардиотоническим средствам относят препараты:
 1. Активирующие сосудодвигательный центр
 2. Снижающие сократительную активность миокарда
 3. Усиливающие сократительную активность миокарда
 4. Все вышеперечисленное верно
2. К кардиотоникам гликозидного строения относят все препараты, кроме:
 1. Целанид
 2. Строфантин К
 3. Амринон
 4. Дигитоксин

3. Негликозидным кардиотоником является:
 1. Дигоксин
 2. Добутамин
 3. Коргликон
 4. Мезатон
4. Сахаристая часть (гликон) в молекуле сердечных гликозидов предопределяет:
 1. Кардиотропное действие
 2. Фармакокинетические свойства
 3. Токсические свойства
 4. Все вышеперечисленное
5. Агликон в молекуле сердечных гликозидов предопределяет:
 1. Степень связывания с белками плазмы крови
 2. Скорость проникновения через клеточные мембраны
 3. Кардиотропное действие
 4. Скорость элиминации из организма
6. Укажите чистый гликозид пурпурной наперстянки:
 1. Дигоксин
 2. Дигитоксин
 3. Целанид
 4. Коргликон
7. Укажите чистый гликозид шерстистой наперстянки:
 1. Дигоксин
 2. Дигитоксин
 3. Коргликон
 4. Строфантин
8. Укажите новогаленовый препарат майского ландыша:
 1. Целанид
 2. Строфантин
 3. Коргликон
 4. Дигитоксин

9. Укажите препарат горичвета весеннего:

1. Коргликон
2. Строфантин
3. Целанид
4. Адонизид

10. Какие эффекты характерны для сердечных гликозидов:

1. Положительный инотропный, хронотропный, дромотропный и батмотропный эффекты, повышение потребности миокарда в кислороде
2. Положительный инотропный, тонотропный и батмотропный, отрицательный хронотропный и дромотропный эффекты
3. Положительный инотропный и хронотропный, отрицательный дромотропный и батмотропный эффекты
4. Отрицательный инотропный, хронотропный и дромотропный, положительный батмотропный эффекты

11. Наиболее выраженным положительным инотропным действием обладает следующий сердечный гликозид:

1. Дигитоксин
2. Целанид
3. Дигоксин
4. Строфантин

12. Где в основном депонируются сердечные гликозиды:

1. В сердечной мышце
2. В печени
3. В жировой ткани
4. В плазме крови

13. Наилучшей всасываемостью из ЖКТ характеризуется:

1. Строфантин
2. Коргликон
3. Дигоксин

4. Дигитоксин

14. Какие препараты не применяются энтерально:

1. Дигоксин и целанид
2. Дигитоксин и адонизид
3. Строфантин и коргликон
4. Все вышеперечисленные

15. Кардиотонический эффект наиболее быстро развивается при внутривенном введении:

1. Коргликона
2. Целанида
3. Дигоксина
4. Дигитоксина

Эталоны ответов: 1 – 3; 2 – 3; 3 – 2; 4 – 2; 5 – 3; 6 – 2; 7 – 1; 8 – 3; 9 – 4; 10 – 2; 11 – 4; 12 – 4; 13 – 4; 14 – 3; 15 – 1.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Основная литература:

1. Р.Н. Аляутдин Фармакология, Учебное пособие, «ГЭОТАР-Медиа», 2019г.
2. Аляутдин Р.Н., Преферанский Н.Г., Преферанская Н.Г. Фармакология / Под ред. Р.Н. Аляутдина, «ГЭОТАР-Медиа», 2020г.
3. В.В. Майский, Р.Н. Аляутдин, Фармакология с общей Рецептурой, учебное пособие, «ГЭОТАР-Медиа», 2017
4. А.В. Воронков, А.В. Арльт, И.Н. Дьякова Фармакология с общей рецептурой / Под ред. А.В. Воронкова, , Феникс, 2020г.
5. Д.А. Харкевич «Фармакология», «ГЭОТАР-Медиа», 2017

ФРАГМЕНТ МЕТОДИЧЕСКОЙ РАЗРАБОТКИ ЗАНЯТИЯ

ПО ТЕМЕ: «ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ»

Данная методическая разработка подготовлена в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом по специальности среднего профессионального образования (далее - ФГОС СПО) 34.02.01. Сестринское дело. Материал разработан на основе характеристики профессиональной деятельности выпускников.

Методическая разработка по проблеме исследования внутренних органов с помощью инструментальных исследований, содержит современные представления по различным исследованиям и новым технологиям. Также изложены особенности проведения инструментальных методов исследования. Материал в методической разработке построен таким образом, чтобы в результате изучения темы «Инструментальные методы исследования» Вы умели практически выполнять манипуляции по инструментальным методам исследования; знали подготовку пациента к различным видам исследования.

Мотивация изучения данной темы обусловлена тем, что средний медицинский работник должен обладать знаниями и умениями по подготовке пациента к различным видам исследования, данные знания понадобятся в дальнейшей практике.

Данная тема изложена в форме информативной лекции.

Цели обучения:

Дидактические:

-добиться прочного усвоения знаний по инструментальным методам исследования;

-логически рассуждать о факторах риска, проявлениях, осложнениях при инструментальных исследованиях, правильная подготовка пациента;

- применять теоретические знания на практике;

развивающие:

-совершенствовать навыки самообразования, самореализации личности

- развивать культуру речи, память;

воспитательные:

- формировать общие человеческие ценности: гуманность, милосердие, сострадание, уважение к жизни и здоровью человека;

- развивать коммуникативные навыки и умение работать в команде.

Данная методическая разработка понадобится медсестре не только во время обучения в колледже, но и в процессе работы в стационаре. Так как, инструментальные методы исследования представляют собой важный раздел комплексного обследования пациентов. Они включают в себя рентгенологические, эндоскопические, ультразвуковые, электрографические и электрометрические способы обследования пациентов.

Подготовка больного к бронхографии и бронхоскопии.

Бронхография – исследование дыхательных путей, позволяющее получить рентгенографически изображение трахеи и бронхов после введения в них контрастного вещества с помощью бронхоскопа.

1. Для исключения реакции к йодолиполу назначается однократно 1 столовая ложка данного препарата внутрь за 2-3 дня до исследования и в течение этих 2-3-х дней больной принимает 0,1% раствор атропина по 6-8 капель 3 раза в день).

Если бронхография назначена женщине - предупредить, чтобы на ногтях не было лака, а на губах – помады.

2. Накануне вечером по назначению врача с седативной целью больному принять 10 мг седуксена (при нарушении сна – снотворное).

3. За 30-40 минут до выполнения манипуляции провести премедикацию по назначению врача: ввести подкожно 1мл – 0,1% раствора атропина и 1мл 2% раствора промедола.

Подготовка больного к рентгенологическому исследованию почек (обзорный снимок, экскреторная урография).

- исключить из питания газообразующие продукты (овощи, фрукты, молочные, дрожжеподобные продукты, черный хлеб, фруктовые соки) в течение 3 дней до исследования. принимать при метеоризме по назначению врача активированный уголь. исключить прием пищи за 18-20 часов до исследования.
- Накануне вечером около 22:00 часов и утром за 1,5-2 часа до исследования поставить очистительные клизмы.
- Предложить больному освободить мочевой пузырь непосредственно перед исследованием.
- В рентгенологическом кабинете врач-рентгенолог выполняет обзорный снимок брюшной полости.
- Медицинская сестра осуществляет медленное (в течение 5-8 минут), постоянно контролируя самочувствие больного, введение контрастного вещества.
- Врачом - рентгенологом выполняется серия снимков.

Подготовка пациента к эзофагогастродуоденоскопии

Пациент должен прийти натощак, рекомендуется воздержаться от приема пищи и даже жидкости за восемь часов до манипуляции. Иметь при себе

полотенце (для удаления слюны, протирания кожи) За некоторое время до процедуры пациенту дают седативное средство, зачастую седуксен.

За пять минут до начала манипуляции пациенту проводят местную анестезию. Для этого заднюю стенку глотки, а также корень языка обрабатывают 1-2% раствором лидокаина путем орошения. А после этого просят пациента глотнуть, чтобы анестетик достиг пищеводного отверстия. Положение: на левом боку, ноги согнуты в коленях. Под головой небольшой валик. Пациент должен спокойно лежать, ровно дышать, не глотать слюну и не разговаривать.

Подготовка пациента к холангиоскопии

Проводится на натощак. в течение 6-10 часов до начала процедуры пациент должен воздерживаться от еды. на протяжении 2-3 часов должен воздерживаться от курения, так как никотин способствует активной выработке желудочного сока и слюны, что затрудняет исследование слизистых оболочек.

Подготовка пациента к ректороманоскопии

Перед исследованием нужно провести разъяснительную беседу. Диета за 3-4 суток до исследования (бесшлаковая). Пища должна быть легкоусвояемой. Проводят исследование натощак. Накануне вечером больному назначают 2 очистительные клизмы с интервалом 30 мин. Утром клизмы повторяют за 1-1,5 часа до исследования. За 30-60 мин. до исследования проводят премедикацию. Ректороманоскопию обычно проводят в колено-локтевом или колено-плечевом положении. Пожилых и ослабленных пациентов, лиц, страдающих недостаточностью кровообращения исследуют в положении лежа на левом боку с максимально приведенными ног.

Подготовка пациента к цистоскопии

Перед обследованием врач проводит с пациентом разъяснительную беседу, в ходе которой раскрывается суть процедуры и особенности подготовки к ней. Отказаться на какое-то время от приема некоторых лекарственных средств: обезболивающих и нестероидных противовоспалительных препаратов, **аспирина** и антикоагулянтов, инсулина; Необходимо сделать премедикацию или анестезию. Если процедура цистоскопии будет выполняться под общим

наркозом, то с утра нельзя ничего кушать. Отдельные виды местного обезболивания также требуют соблюдения этого условия; Непосредственно перед процедурой обязательно провести гигиеническое обмывание наружных половых органов, а при наличии обильного волосяного покрова – сбрить его во избежание попадания отдельных волосков в мочеиспускательный канал вместе с цистоскопом.

Подготовка пациента к фибробронхоскопии

Перед выполнением бронхоскопии должно выполняться рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Кроме этого необходимы результаты электрокардиографии, определения газов крови, показателей коагулограммы, уровня мочевины в крови. Бронхоскопия проводится строго натощак, чтобы избежать случайного заброса остатков пищи или жидкости в дыхательные пути при рвотных движениях или кашле. В день исследования не пьют воду. За 30-60 мин. до исследования проводят премедикацию. Местная анестезия вызывается смазыванием или распылением анестезирующего раствора - 10 % лидокаин, дикаин, тримекаин. Положение при бронхоскопии, сидя или лежа.

Выводы: методическая разработка написана для преподавателей для использования на практических занятиях. Практические знания и умения полученные на занятии, студенту понадобятся в дальнейшей его работе в стационаре. После изучения темы студенты должны формировать общие и соответствующие профессиональные компетенции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Основная:

- Основы сестринского дела: курс лекций, сестринские технологии. – Ростов н/Д.: Феникс, 2016. – 716с.
- Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: [и др.]. - М.:

ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 160 с.

- Учебная литература «Теоретические основы сестринского дела» , 2016 год;

Дополнительная:

- Учебная литература «Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» , 2017 год;
- Основы сестринского дела : Алгоритмы манипуляций : учебное пособие / Н.В. Широкова и др. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018 год.

**Фрагмент открытого урока по дисциплине «Иформатика»
Тема: *Текстовый редактор OpenOffice org. Writer. Гиперссылки в
текстовом документе.***

План:

1. Активация знаний по теме: «Текстовый редактор OpenOffice org. Writer»
2. Опрос в Яндекс-Формах. Разгадывание кроссворда. По теме: «Текстовый редактор OpenOffice org. Writer»
3. Объяснение новой темы: «Текстовый редактор OpenOffice org. Writer. Гиперссылки в текстовом документе»
4. Выполнение практического задания по теме: «Текстовый редактор OpenOffice org. Writer. Гиперссылки в текстовом документе»
5. Подведение итогов.

**1. Активация знаний по теме: «Текстовый редактор OpenOffice org.
Writer»**

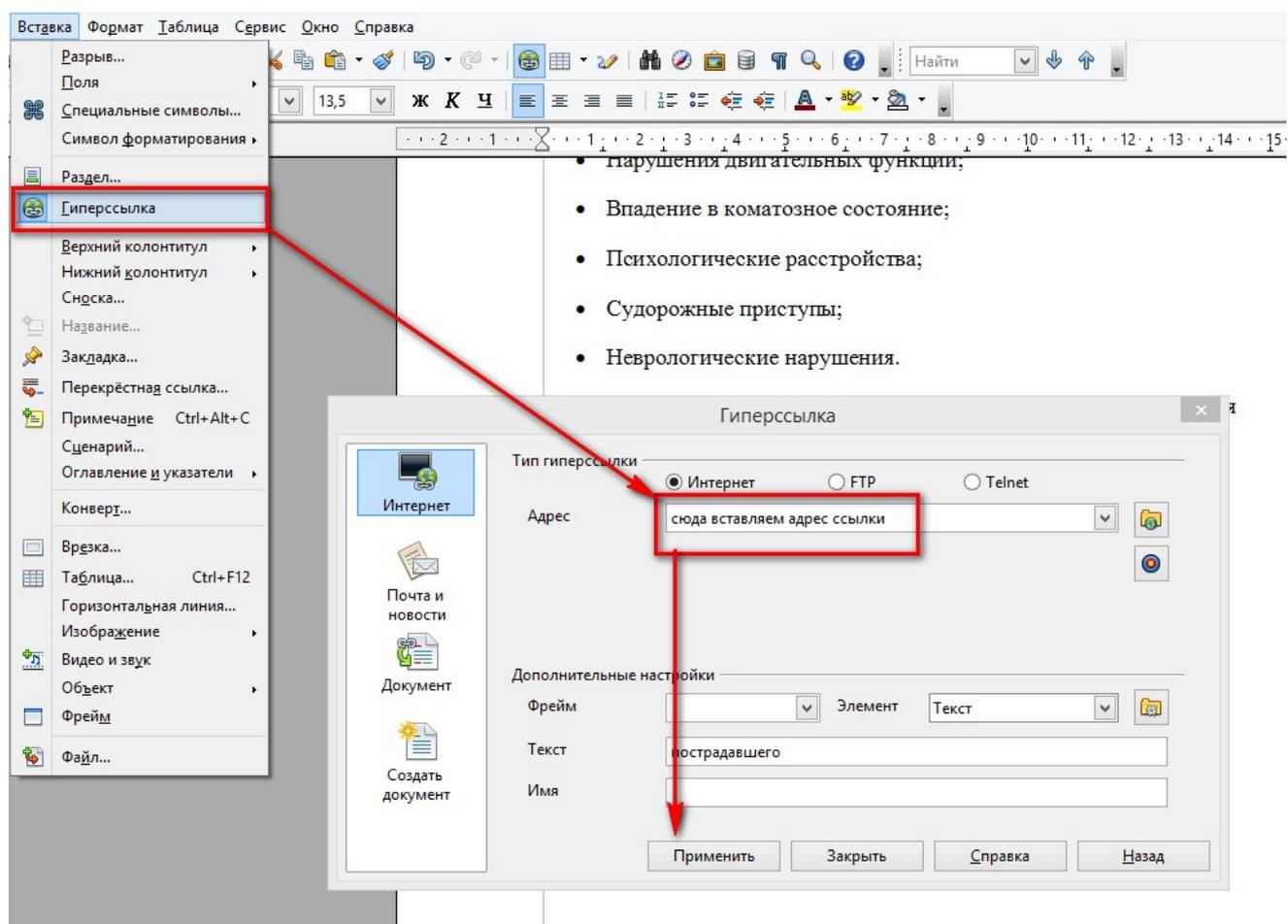
1. Что такое текстовый редактор?
2. Какие параметры задаются для стандартного документа? Назвать размерные величины.
3. Как задается отступ красной строки?
4. Как задаются поля?
5. Как сохранить документ?
6. Как выполняется нумерация? Маркеры?
7. Каким бывает межстрочный интервал?

**3. Объяснение новой темы: «Текстовый редактор OpenOffice org.
Writer. Гиперссылки в текстовом документе»**

Создание гиперссылок в OpenOffice

Очень часто необходимо сделать в документе ссылку на какой-то сайт, чтобы дополнить материал. Принцип создания гиперссылок во всех офисных пакетах практически аналогичен, стоит лишь выделить нужную фразу, которая будет ссылкой, с помощью функционала программы сделать ее гиперссылкой. Давайте рассмотрим, как сделать гиперссылку в OpenOffice и как ее удалить при необходимости.

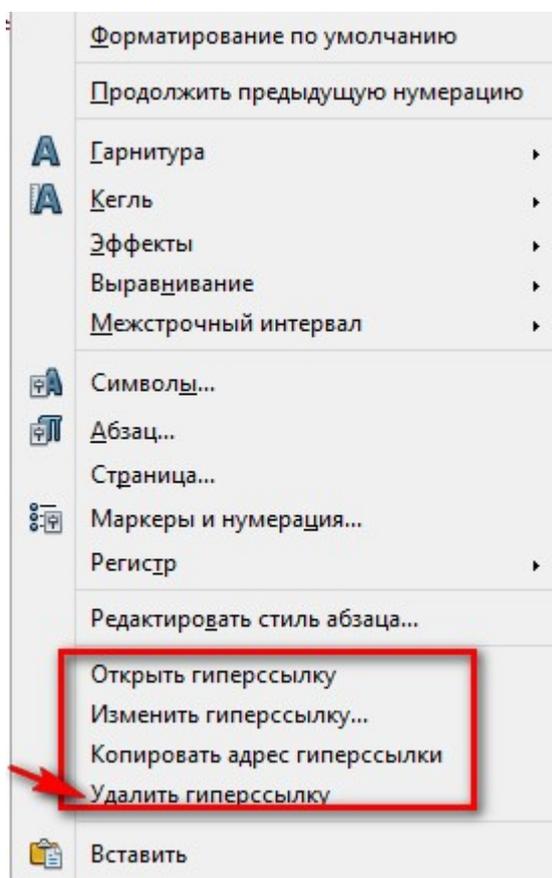
Чтобы добавить гиперссылку в OpenOffice, необходимо выделить нужную часть текста (фразу или слово), затем нажать на меню “Вставка-Гиперссылка” и в появившемся окне ввести интернет-адрес, куда она будет вести.



Чтобы убедиться в правильности работы ссылки, нажмите клавишу Ctrl, наведите курсор мыши на созданную ссылку и кликните. Она должна открыться в вашем браузере.

А вот чтобы удалить гиперссылку в **OpenOffice**, можно воспользоваться контекстным меню правой кнопки мыши. Жмем ПКМ и на выбор есть 4 варианта, что можно сделать:

1. открыть гиперссылку,
2. изменить адрес ссылки, если стоит вставить другой интернет-адрес, либо изменить его в случае допущения ошибки,
3. копировать адрес, чтобы продублировать его еще где-то в документе,
4. удалить, если необходимо фразу или слово вернуть обратно в обычный текст.



Задание: Создаём гиперссылки.

1. Набрать следующие тексты, сохраняя их в отдельных файлах в вашей папке. Имена файлов соответствуют названиям текстов. Текст должен быть отформатирован **по правилам оформления текстовой документации**.

ПРЯНОАРОМАТИЧЕСКИЕ РАСТЕНИЯ (ОВОЩИ)

Такие растения (овощи) выращиваются в огороде и используются для приготовления блюд, чтобы придать им аромат. Биологическая ценность таких овощей не столь важна, однако многие из них обладают лечебными свойствами. К наиболее распространенным видам пряноароматических овощей, которые можно вырастить в огороде, относятся: [укроп](#), [анис](#), [мелисса](#), [мята](#), [фенхель](#) и т.д.

Укроп

Укроп выращивают для получения молодой зелени, которую используют как в свежем, так и в консервированном виде. В укропе содержится витамин С и эфирные масла. Он возбуждает аппетит, обладает мочегонными свойствами и устраняет пучение живота.

Анис

Анис используется в медицине многие тысячелетия. Семена или эфирные масла аниса - составной компонент лекарств против кашля и простуды. В значительной степени он употребляется при изготовлении кондитерских изделий, печения, при консервировании овощей и производстве ликеров. Аналогичными свойствами обладает и фенхель, который легче выращивать, а по своим качествам он не уступает анису.

Мелисса

Лимонный привкус и аромат мелиссы лекарственной определяют сферу использования этого растения: там, где требуется лимонная цедра или лимонный сок. В листьях мелиссы содержатся эфирные масла и дубильные вещества. С помощью мелиссы ароматизируют уксус, майонез, мясные блюда, салаты, супы и соусы. Лечебные свойства у мелиссы аналогичны мяте: мелисса предотвращает вздутие кишечника, снижает давление и снимает мигрень. Из свежих и сушеных листочков готовят превосходный освежающий чай.

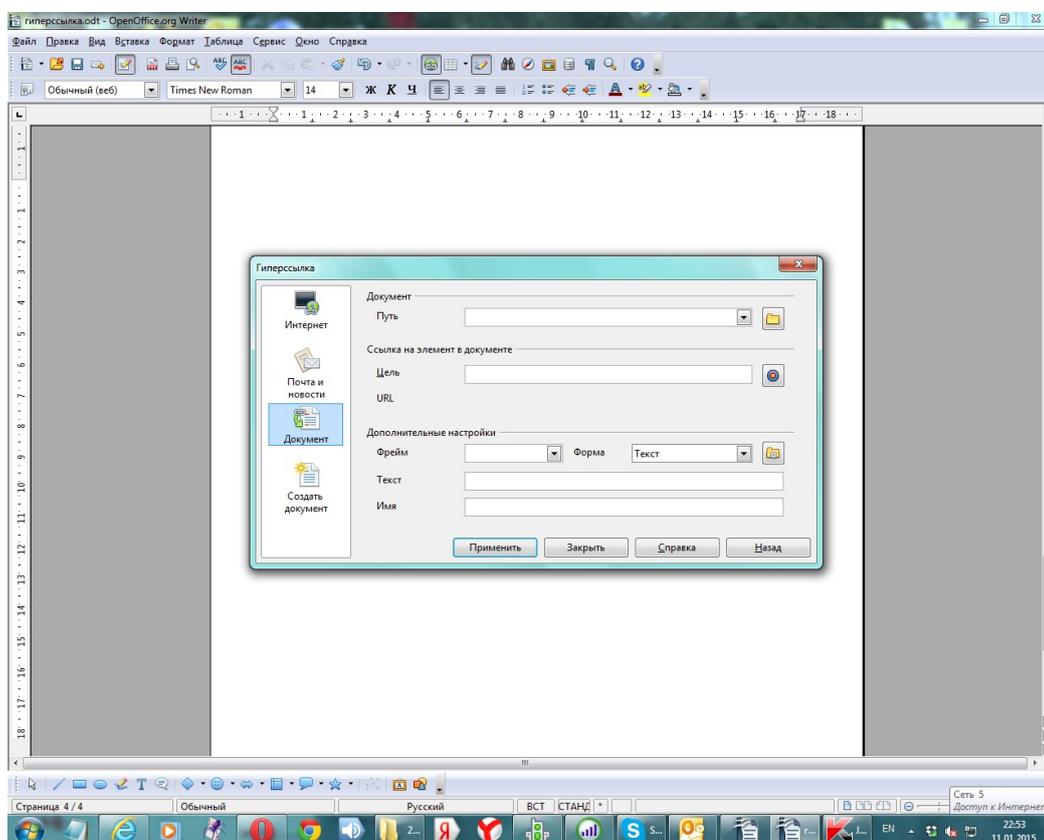
Мята

Сушеные листья мяты перечной используют при приготовлении самых различных блюд. Она вызывает аппетит, устраняет пучение живота, оказывая тем

самым благотворное воздействие на весь пищеварительный тракт, а также устраняет желудочные боли. Мята используется в виде лечебного чая (отваров) прежде всего при заболеваниях печени и желчного пузыря.

Фенхель

Фенхель (укроп аптечный) - распространенная приправа. Помимо использования в домашнем хозяйстве, он применяется в пищевой промышленности при выпечке печенья и кондитерских изделий. Эфирные масла, содержащиеся в фенхеле, благотворно действуют на пищеварительный тракт.



2. Нужно связать эти тексты в гипертекст. Для этого в первом тексте выделить слово "укроп". В меню **Вставка** выбрать команду **Гиперссылка**. На экране появится окно диалога **Гиперссылка** (как на представленном рисунке), в котором нужно найти необходимый файл (указать полный путь к файлу).

3. Щелкнуть по кнопке **Применить**, и слово "укроп" изменит цвет и станет подчеркнутым.

4. Повторить эти действия для слов: анис, мята, фенхель - из первого документа, а затем для названия овощей, встречающихся в других документах. Названия каждого овоща связывайте с названием соответствующего файла.

5. После того, как все названия овощей окажутся выделенными цветом и подчеркиванием, установить курсор на любой из них. Если курсор изменит свою форму и станет похож на правую руку с вытянутым указательным пальцем, значит, все сделано правильно. Задержите курсор на слове "укроп", рядом появится табличка с полным именем файла, который связан с этим словом. При щелчке по этому слову загрузится файл Укроп.doc.

6. В загрузившемся файле появится панель инструментов Веб-узел. Вернитесь к исходному тексту, щелкнув по кнопке со стрелкой **Назад**. Слово "укроп" изменило цвет. Это означает, что эту ссылку просмотрели.

7. Выполните п.4-5 с другими словами.

8. **Удаление или изменение гиперссылки**

Щелкнуть по гиперссылке правой кнопкой мыши и выбрать в контекстном меню команду **Гиперссылка**, в сплывающем меню выбрать команду **Изменить гиперссылку**. На экране появиться диалоговое окно **Изменение гиперссылки**. Для изменения нажмите кнопку **Удалить ссылку**.

9. Сделайте самостоятельно гиперссылку на любой файл с картинкой.

10. Сделайте вывод по работе.

*Кочеткова Светлана Николаевна,
ГБПОУ СК «Буденновский медицинский колледж»*

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА
УРОКА БИОЛОГИИ
НА ТЕМУ
«РАСЫ ЧЕЛОВЕКА И ИХ ПРОИСХОЖДЕНИЕ»**

**для студентов I курса II семестр
специальности 34.02.01 Сестринское дело**

г.Буденновск, 2021

Тема урока: «РАСЫ ЧЕЛОВЕКА И ИХ ПРОИСХОЖДЕНИЕ»

Цели урока: сформировать знания о человеческих расах и их единстве.

Задачи урока:

Образовательные:

1. Ознакомить с сущностью понятий «раса», «метисация», «расизм», с морфологическими признаками разных рас;
2. Сформировать понятия о единстве происхождения и биологической равноценности человеческих рас;
3. Познакомить учащихся с гипотезами расогенеза;
4. Продолжить формирование научного мировоззрения учащихся через осознание ими видового единства (физиологического и генетического) современного человека (*Homo sapiens*);
5. Изучить физиологические механизмы, лежащие в основе формирования человеческих рас;
6. Показать взаимосвязь (интеграцию) биологических знаний с географией, историей, философией и литературой;
7. Способствовать развитию умений анализировать учебный материал;
8. Закрепить полученные знания посредством аудиторной работы с дидактическим материалом;
9. Способствовать овладению техникой составления информативной таблицы по изучаемой теме;
10. Способствовать выработке умений распознавать факты и отличать их от предположений.

Развивающие:

1. развивать умение сравнивать, анализировать, делать выводы,
2. развивать логическое мышление, интерес к предмету биология, развивать образное мышление,
3. уметь отстаивать свою точку зрения
4. способствовать выработке умений выделять главное, анализировать, делать выводы на основе большого количества информации;

5. способствовать развитию внимания, памяти, самостоятельности при работе с учебным материалом.

Воспитательные:

1. Формировать у учащихся научное мировоззрение;
2. нравственные качества личности.
3. Способствовать воспитанию стремления к изучению нового, к расширению кругозора;
4. Способствовать развитию нравственного воспитания;
5. Способствовать развитию коммуникативных качеств: умение работать в группе, обоснованно излагать свое мнение, уважительно относиться к мнению товарищей;
6. Способствовать выработке у студентов правильного подхода к оценке расизма;
7. Воспитание у студентов расовой толерантности.

Тип урока: урок-путешествие

- ✓ по основной дидактической цели: изучение нового материала.
- ✓ по способу проведения и этапам учебного процесса: комбинированный.
- ✓ по форме проведения: урок с использованием технологии проблемного обучения и икт

Форма проведения и методы работы на уроке: частично-поисковый (выполнение самостоятельных исследований); словесный (эвристическая беседа с элементами самостоятельной работы); наглядно-образный (слайды, иллюстрации, решение кроссворда, отрывки из поэзии).

Контроль результатов обучения:

- а) по способу организации: индивидуальный, групповой, работа в парах, микрогруппах.
- б) по способу подачи информации: письменный контроль, самопроверка учащихся.

Интеграционные связи:

Внутрипредметные связи:

Основные стадии антропогенеза, движущие силы антропогенеза, прародина человека, антропогенное воздействие на природу, эволюционное учение Ч.Дарвина, методы изучения генетики человека.

Межпредметные связи:

История, общество, палеонтология, анатомия и физиология человека, медицинская генетика, медицина, генетика человека, неорганическая и органическая химия, биохимия, география.

Основные понятия: расы, европеоидная, монголоидная и австрало-негроидная расы, метис, расогенез, этнос, народ, расизм, теория моноцентризма и полицентризма

Оборудование: компьютер, проектор, экран, мультимедийная презентация к уроку, словарь новых терминов и понятий урока, информационные листы, видеофрагменты, иллюстрации лиц человеческих рас, доклады учащихся.

Литература основная:

1. Константинов В.М. Биология: учебник для студентов сред. Проф. Учебных заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2016
2. Каменский А. А., Криксунов Е. А. Общая биология. 10-11 класс. - М.: Просвещение, 2016. Учебник для общеобразовательных учреждений.

Литература дополнительная:

1. Лернер Г.И. Общая биология. Поурочные тесты и задания. – М.: Аквариум, 2014
2. Боднарук М. М. «Занимательные материалы и факты по общей биологии в вопросах и ответах». Волгоград «Преподаватель:» 2007г.
3. Под ред. Беляева Д.К. Общая биология: Учебник для 10 - 11 классов общеобразовательных учреждений. - М.: Просвещение, 2017.

Перечень цифровых ресурсов и программ.

- www.studmedlib.ru
- « Биология» (Кирилл и Мефодий),
- программные средства Microsoft Word, Microsoft Power Point

Место проведения занятия: учебная аудитория.

План урока:

№ п/п	Этапы урока	Время, мин
1.	Организационный момент	2
2.	Актуализация знаний	5
3.	Изучение нового материала	28
4.	Закрепление изученного материала	5
5.	Рефлексия и итоги урока	3
6.	Домашнее задание	2
	Итого	45

Ход урока

Организационный момент – 2 минуты

- приветствие студентов и гостей урока;
- проверка готовности к уроку, определение отсутствующих;
- создание позитивного психологического настроения на работу;
- организация внимания учащихся.

В преддверии дня космонавтики 12 апреля сегодня мы проведем необычный урок-путешествие на космическом корабле. Путешествие совершим в космосе, пролетая над материками Земли. За ходом нашего путешествия будут следить

опытные наставники (гости урока), представители ЦУП (Центра управления полетом).

Актуализация знаний - 5 минут

Внимание, экипаж! Записать: число, тема урока в свои личные бортовые журналы (тетради). Подготовьте рабочие тетради.

Каждое путешествие имеет свои этапы прохождения. И наше тоже будет проходить поэтапно.

1 этап: Сформировать экипаж. Заправка топливом - знаниями студентов.

Подготовка к полету.

НАШ ЭКИПАЖ СОСТОИТ ИЗ:

-командир корабля (Преподаватель:)

-борт – инженер / главный помощник (Бабенко В.)

1 гр.- «Учёные - исследователи»

2 гр.- «Журналисты - фотокорреспонденты»

3 гр.- «Туристы»

борт – инженер / главный помощник (Бабенко В.) выполняет тестирование на компьютере (тест в программе My Test)

Для того чтобы приступить к изучению новой темы, давайте с вами повторим материал, изученный на прошлом уроке. Для этого я предлагаю вам ответить на тесты и выбрать один ответ с предложенных ответов

2 группа - Туристы

Решают письменно тест по теме «Антропогенез»

3 группа – Журналисты-фотокорреспонденты

Давайте проверим насколько хорошо подобран экипаж, ведь это очень важно для космонавтов. Ведь космонавтов перед полётом проверяют на совместимость.

Отвечайте быстро и дружно.

Фронтальный опрос:

1. Человек и обезьяны принадлежат к классу... (*млекопитающие*)

2. Дриопитеки, древние обитатели деревьев, были предшественниками...

(*австралопитеков*)

3. Перечислите этапы антропогенеза... (*древнейшие люди, древние люди, первые современные люди*)
4. Представитель этапа «древние люди»... (*неандерталец*)
5. К первым современным людям относят.... (*кроманьонцев*)
6. К обезьянолюдям относят... (*австралопитеков*)
7. В эпоху ледникового периода жили... (*неандертальцы*)
8. Предок человека, положивший начало изготовлению из камня орудия труда (*человек умелый*)
9. Наука, изучающая происхождение человека... (*антропология*)
11. Историческое развитие или эволюция человека это.... (*антропогенез*)
12. Ученый, указавший в своей книге «*Происхождение человека и половой отбор*», что человек в эволюционной схеме представляет собой самое высокоорганизованное животное и имеет общих предков с человекообразными обезьянами (*Ч. Дарвин*)
13. Назовите сходства человекообразных обезьян и человека – отвечают по очереди (Человек и человекообразная обезьяна схожи по строению скелета и внутренних органов. У тех и других имеются 12-13 пар рёбер, 5-6 крестцовых позвонков. Число клыков и челюстных зубов также одинаковое. И человек, и обезьяна передвигаются на задних конечностях. Строение уха, глаз, кожи человека близко к строению этих органов у человекообразных обезьян. Свойственные человеку четыре группы крови встречаются у горилл, шимпанзе, орангутангов.

Выявлено также сходство по внешнему виду хромосом. При окрашивании хромосом человека и обезьян специальным методом на них проявляется тонкая поперечная полосатость, строго специфичная для каждой хромосомы. У человекообразных обезьян имеется 48 хромосом. Вследствие соединения двух пар хромосом у человека, его кариотип состоит из 46 хромосом. Многие паразиты (головные вши) и заболевания (грипп, оспа, холера, брюшной тиф и др.) являются общими для человека и обезьян. Человекообразные обезьяны, как и человек, выражают чувства радости, тревоги, обиды, гнева)

14. В чем наблюдаются различия у человека и человекообразных обезьян?

(Объем головного мозга человека составляет около 1400-1650 см³, а человекообразной обезьяны — 600 см³ (рис. 78). Поверхность коры больших полушарий головного мозга человека равна в среднем 1250 см². У человекообразных обезьян она меньше примерно в три раза. Ввиду небольшого объёма головного мозга, меньшей, чем у человека, поверхности коры больших полушарий, а также недостаточного развития лобных и височных отделов человекообразные обезьяны не обладают способностью к обобщению и абстрактному мышлению.

15. Кто из ученых отнес человека в единой систематике к отряду «приматы»?

(К.Линней)

16. Назовите биологические и социальные факторы эволюции человека (Биологические факторы – наследственная изменчивость, борьба за существование, естественный отбор, а также мутационный процесс, изоляция – применимы к эволюции человека. Под их влиянием в процессе биологической эволюции произошли морфологические изменения обезьяноподобного предка – антропоморфозы. К социальным факторам антропогенеза можно отнести трудовую деятельность, общественный образ жизни, развитие речи и мышления).

Тест «Антропогенез»

Выберите правильный ответ из четырех предложенных

1. Антропогенез - это процесс

- А) индивидуального развития особи
- Г) исторического развития органического мира
- Т) размножения и развития клетки
- Р) эволюции человека

2. Случаи возврата к признакам предков:

- А) атавизмы
- В) рудименты
- О) идиоадаптации
- Ч) ароморфозы

3. Движущими силами антропогенеза являлись:

- А) естественный отбор;
- Б) наследственная изменчивость;
- В) общественный образ жизни;
- С) верны все ответы.

4. Гиббоны и орангутанги произошли:

- Б) от парапитеков;
- О) дриопитеков;
- Л) питекантропов;
- Б) тупайи.

5. К обезьянолюдям относится:

- Ч) австралопитек;
- Д) кроманьонец;
- Ф) питекантроп;
- Ж) неандерталец.

6. К первым современным людям относят:

- А) неандертальца;
- Е) кроманьонца;
- Л) питекантропа;
- Т) рамапитека.

7. К древнейшим людям относится:

- А) неандерталец;
- О) кроманьонец;
- Л) питекантроп;
- Г) австралопитек.

8. В эпоху великого оледенения жили:

- М) кроманьонцы;
- О) неандертальцы;
- В) синантропы;
- Г) питекантропы.

9. Человек умелый, изготавливающий из камня орудия труда, относится:

- В) к древнейшим людям;
- Б) древним людям;
- А) новым людям;
- Г) парапитекам.

10. Развитию руки как органа и продукта труда способствовало:

- А) прямохождение;

- Д) строение руки;
- В) мышление;
- Е) все эти факторы.

11. Первыми овладели членораздельной речью:

- В) неандертальцы;
- К) кроманьонцы;
- Д) синантропы;
- И) человек умелый.

12. К виду «Человек разумный» относятся:

- Б) неандерталец;
- А) кроманьонец;
- О) синантроп;
- Г) архантроп

Правильные ответы:

1-Р 2-А 3-С 4-Ы 5-Ч 6-Е 7-Л 8-О 9-В 10-Е 11-К 12-А

Критерии:

12-11 – «5»

10-9 – «4»

8-7 – «3»

№ вопроса													
Ответ													

Взаимооценивание:

Преподаватель.:

- Обменявшись друг с другом тестами, проверьте и согласно критериям, поставьте оценку.

В любое путешествие отправляются с определённой намеченной целью. Есть она и у нас.

- Если вы уже обратили внимание, то у вас получилось словосочетание?

- Да «Расы человека и их происхождение», данное словосочетание является нашей темой

Мы с вами должны ознакомиться с расами, проживающими на различных материках, доказать, происходит ли эволюция человека на современном этапе развития человечества, возможно ли появление новой расы людей.

Целью нашего исследования будет являться **изучение** понятия «человеческие расы», их отличительные особенности, единство происхождения и биологической равноценности.

Древние люди пытались объяснить историю своего происхождения. Так сложились мифы. Заслушаем один из них

«Североамериканские индейцы, увидев бледнолицых (так они называли европейцев) и завезенных ими в Новый Свет из Африки темнокожих рабов, объяснили причину их появления так. Однажды боги вылепили фигурки людей из глины и положили их в печь обжигать. После обжига они приобрели кирпично-красный оттенок - это были индейцы. В следующий раз боги забыли вовремя вынуть фигурки из печи. Те обуглились и стали черны, как головёшки. Так возникли негры. А потом уже боги, боясь пережечь глиняные статуэтки, вынули их раньше времени, и они получились бледно-розового цвета. Так появились европейцы»

Как же это было на самом деле? На этот вопрос поможет ответить наш урок.

Преподаватель:

Этап 2. «Ориентирование по маршрутному листу» (таблицы «Расовые сходства и отличия»)

– Поехали (взлетаем), набираем высоту. В космосе тоже нужно уметь ориентироваться. Есть даже специальные звёздные карты и дневники наблюдений – рабочие тетради.

Изучение нового материала – 28 минут

Термин «Раса» ввел Жорж Бюффон в 18 веке. Человеческая раса – это исторически сложившаяся группа людей, имеющая общие морфологические и физиологические наследственные особенности, а также традиции и обычаи (запись - выполнение задания 1 на листе).

Расы отличаются друг от друга второстепенными физическими особенностями — цветом кожи, пропорциями тела, разрезом глаз, структурой волос и т. д.

В современном человечестве выделяют три большие расы и несколько десятков малых рас.

Как и когда формировались расы?

Расы человека начали формироваться примерно 30—40 тыс. лет тому назад в процессе заселения человеком земного шара. Уже на заре своего существования человек заселил самые разнообразные природные зоны и ландшафты. На протяжении большей части последнего ледникового периода (около 100 тыс. лет назад) огромная площадь Земли была покрыта льдом. Гималаи и Альпийские горы с расположенными на них ледниками разделили Евразийский континент на три области, создавая тем самым условия для раздельной эволюции европеоидов на западе, монголоидов на востоке и негроидов на юге. Отобранные эволюцией морфологические различия в пределах одного вида *Homo sapiens* объясняются характером окружающей среды. Такие физические признаки, как высокий и низкий рост, темная и светлая кожа, прямые и курчавые волосы, складывались на протяжении тысячелетий, благодаря тому, что человеческий организм приспосабливался к данным климатическим условиям: жаре или холоду и к определенному количеству солнечного света. Изменения морфологии человека проявлялись и вследствие изоляции. Таким образом, расы возникли лишь после того, как человек выделился из мира животных, поэтому невозможно установить существенные различия между расами в сознании, мышлении, физиологических и анатомических особенностях, речи, трудовой деятельности.

Существуют различные классификации человеческих рас. В практическом плане популярна классификация, по которой выделяют три большие расы: *европеоидная* (евразийская), *монголоидная* (азиатско-американская) и *австрало-негроидная* (экваториальная). В пределах этих рас насчитывается около 30 малых рас. Между тремя основными группами рас существуют переходные расы.

3. Возникновение рас и механизм расогенеза.

Преподаватель: провожу эвристическую беседу по вопросам:

- В чём причина биологической равноценности рас?

- Как внутри вида *Homo sapiens* возникли разные человеческие расы?

Студенты: отвечают на вопросы, дополняют ответы друг друга.

Причины расогенеза:

- естественный отбор
- мутации
- изоляция
- смешение популяций

По мере заселения человеком земного шара, сталкиваясь с новыми условиями среды, выживали и давали потомство приспособленные индивиды. Сформировавшиеся в ходе биологической эволюции морфологические признаки объясняются:

- характером окружающей среды,
- климата,
- пищевых ресурсов,
- количеством солнечного света.

Преподаватель: Пролетаем над материками ? (Северная и Южная Америка)

Доклад представителя группы ученых-исследователей – Монголоидная раса.

Преподаватель: Пролетаем над материком? (Африка)

Доклад представителя группы ученых-исследователей – Австрало-негроидная раса.

Преподаватель: Пролетаем над материком? (Евразия)

Доклад представителя группы ученых-исследователей – Европеоидная раса.

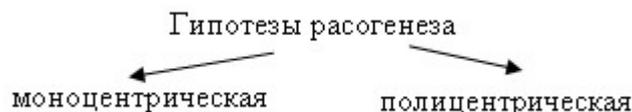
Преподаватель: процесс возникновения и становления рас человека называют **расогенезом**.

Существуют 2 основные гипотезы, объясняющие происхождение рас:

- полицентристы считают, что расы возникли независимо друг от друга от разных предков и в разных местах;
- моноцентристы признают единство происхождения социально-психического развития, единый уровень умственного развития;

(заполнение задания в тетради)

Заполни схему:



Доказательства моноцентрической гипотезы переводят ее в разряд теорий (гипотеза + доказательства):

- различия во второстепенных признаках;
- генетическая изоляция отсутствует;
- биологические эволюционные изменения (уменьшение массивности скелета, увеличение роста, ускорение развития) проявляются у представителей всех рас.

Долгое время некоторые ученые связывали биологические особенности рас с уровнем их культуры и социального развития. Эти заблуждения легли в основу антинаучной идеологии расизма. Расизм зародился еще в рабовладельческом строе, но основные его положения были сформулированы в XIX веке. В них ученые пытались обосновать преимущества одних рас перед другими, выделяли «высшие» и «низшие» расы. Причем, «высшими» расами пытались представить как европеоидную расу, так и экваториальную. Среди представителей различных рас есть выдающиеся ученые, актеры, путешественники, преподаватели, люди искусства. Но, тем не менее, человек, независимо от расовой принадлежности является биологическим «уникальным продуктом».

Преподаватель: скажите, а чем можно объяснить различный уровень развития науки и техники у народов различных рас?

Студенты: отвечают на вопрос, дополняют друг друга.

Преподаватель: расизм - теория и политика, утверждающая превосходство одной расы над другой. Расизм зародился еще в рабовладельческом строе, но основные его положения были сформулированы в XIX веке. В них ученые пытались обосновать преимущества одних рас перед другими. «Высшими» расами пытались представить и европеоидную расу, и монголоидную и экваториальную.

Этап 3. «Внимание! Неопознанный объект» «Встреча с инопланетянином».

У него в руках череп. Зачем он ему? На этот вопрос ответить нам поможет студентка старшего курса с докладом «Критика расистской теории в учении о черепе (краниологии)»

Космонавты находятся в космосе в состоянии невесомости долгое время, поэтому на земле они тренируют свой вестибулярный аппарат. Нужно немного отдохнуть, приободриться, подкрепиться энергией. Самое время для физкультминутки.

Остров «Веселый какаду» - Физкультминутка

Преподаватель: Ну, что физически вы тоже хорошо подготовлены. **Тогда в путь!**

Преподаватель: по генам человека нельзя с точностью определить его расу, поэтому в генетическом смысле рас не существует. А также антропологи считают, что 1\5 населения планеты, это 1 млрд. 250 млн. человек метисы – представители **смешанных браков** (обращаю внимание на слайд презентации). Переписи населения России показывают, что в основе её населения - представители европеоидной белой расы составляют более 90% страны, ещё около 9 % приходится на помеси между европеоидами и монголоидами, а число чистых монголоидов не превышает 1 млн человек. В расовом отношении Россия - это мощная страна мира, превосходящая по ряду значимых стратегических показателей, например, США. По официальным международным нормам ООН и ЮНЕСКО страна считается «монорасовой», если две трети её населения принадлежат к одной расе.

Закрепление изученного материала.

Этап 4. «Космическое послание в черном ящике»

– Да! Каких только чудес ни бывает в космосе!

(задание «Собери лица»)

Но что это?! На нашу электронную почту пришла космическая посылка

Задание с фотографиями представителей разных рас.

Фото разрезаны в виде пазлов, необходимо собрать фото лиц 3х разных рас - работа по 3 микрогруппам .

Ответить на вопрос «В чем заключается биологическое значение различных признаков у рас?»

- ✓ Обильного волосяного покрова, светлой кожи и узкого выступающего носа у европеоидов (1 группа)
- ✓ Узкого разреза глаз и наличия эпикантуса (складки верхнего века) у монголоидов (2 группа)
- ✓ Курчавых волос, широкого носа и темного цвета кожи у экваториальной расы (3 группа)

Обсуждение заданий.

Преподаватель: – Молодцы! С заданием успешно справились. Летим на Землю!

Этап 5. «Возвращение на Землю. Адаптация космонавтов»

Решение теста «Расы человека» в презентации (отвечают все)

РЕШЕНИЕ ТЕСТА (с помощью компьютерной презентации)

1. Сколько рас человека выделяют в настоящее время?

А) одну В) две С) три Д) четыре Е) пять

2. Желтокожие относятся к расе

А) негроидной В) монголоидной С) европеоидной Д) австралоидной
Е) никакой

3. Для какой расы характерен косой и узкий разрез глаз?

А) негроидной В) монголоидной С) европеоидной Д) австралоидной
Е) никакой

4. Изменяются ли с течением времени наследственные особенности?

А) да В) нет С) частично Д) только у европеоидной расы Е) только у негроидной расы

5. Есть ли преимущества одних рас перед другими? Например, негроидной перед европеоидной?

А) да В) нет С) частично Д) только у европеоидной расы Е) только у

негроидной расы

6. Понятие «раса» и «нация» – это одно и то же?

А) да В) нет С) частично

7. Могут ли быть членами единого государства представители разных рас?

А) да В) нет С) частично

8. Как называются взгляды о преимуществах одних рас перед другими?

А) руховские В) расистские С) российские Д) националистические Е) американские

Преподаватель: «Почему людей нельзя делить на «высшие расы» и «низшие расы»?»

(ответы студентов)

Преподаватель: среди представителей всех рас есть выдающиеся деятели.

Известнейшие актеры, фотомодели, спортсмены, лауреаты Нобелевской премии, президенты.

Разный культурный уровень народов различных рас не обусловлен их биологическими особенностями. Умственные способности, сообразительность, одаренность присущи людям разных рас.

Рефлексия и итоги урока - 3 минуты

Преподаватель: «Идет эволюция человека в настоящее время или нет?»

Какие факты это доказывают?».

Ответы студентов.

Преподаватель: Ученые считают: эволюция продолжается. Естественный отбор идет на всех стадиях онтогенеза, выбраковывая сначала гаметы с нарушениями и аномалиями хромосом, затем зиготы по способности к имплантации. Мертворожденность, гибель плода, отторжение эмбриона остаются факторами отбора в современном обществе. 10% браков бесплодны, идет отбор и в плодовитых парах, часть сознательно отказывается иметь детей, тем самым изымаются из последующего размножения родители с пониженными родительскими инстинктами. Стабилизирующий отбор поддерживает облик

человека, но и движущий отбор приводит к определенным изменениям. Уже сейчас известно, каким будет человек в далеком будущем.

Преподаватель: «Каким будет человек будущего?»

(Ответы студентов)

Проанализировав источники литературы, получены следующие характеристики человека будущего.

1. В будущем небольшая близорукость станет нормой для человека.

близорукость - минус 1 - будет нормой для человека будущего, что объясняется большой нагрузкой на глаза.

2. В недалекой перспективе у людей **практически не останется собственных зубов**, т.к. обилие консервантов, кислот и сахара в пище "убивает" наши зубы и они ухудшаются,

3. Увеличится рост. Данные антропологов показывают, что наш современник крупнее своих предков, за последние 100 лет рост новорожденных увеличился на 1 сантиметр, а масса тела на 300г

4. Человек будущего – облысеет: нас всех ждет облысение, так как, волосы не несут никаких функций, кроме эстетической.

5. В будущем нас ждет ожирение. Для человека нашего времени характерна малая подвижность, Большинство работы не требует физической нагрузки. Происходит ослабление мышц, а обедаем и ужинаем мы плотно.

6. Будем жить дольше. В Средние века люди жили примерно 35 лет, сегодня это 58-65 лет, а в развитых странах - так и все 90. Как утверждают специалисты, при благоприятных условиях генетическая программа человека позволит жить более 100 лет.

Студенты делают вывод, что эволюция человека идет по трем направлениям

1. Метисация - смешение различных человеческих рас между собой.
2. Грацилизация - уменьшение массы скелета и мышц
3. Акселерация - ускорение роста и полового созревания детей и подростков по сравнению с предшествующими поколениями

Этап 7. «Итоговая конференция»

Преподаватель: все современное человечество принадлежит к одному виду. Единство человечества вытекает из общности происхождения, сходства строения и плодовитости потомства от браков между представителями разных рас. Общий уровень физического и умственного развития одинаков у всех людей, различия состоят в морфологических признаках, что позволяет внутри вида *Homo sapiens* выделять большие расы. Для современного этапа эволюции человека (последние 30-40 тыс. лет) характерно снижение роли биологических факторов и усиление роли социальных факторов, что создает благоприятные возможности для раскрытия индивидуальных возможностей каждой личности. XX век ушел в прошлое, открыв третье тысячелетие новой эры. Человеку на таком историческом рубеже свойственно подводить итоги прожитого, оценивая настоящее, заглядывать в будущее. Ушедший век впервые в истории человечества породил глобальный экологический кризис. Это вызов всему человечеству, критическая проверка способности людей, принадлежащих к разным расам, этносам, объединить усилия для спасения планеты. Мечта человечества – «На Земле одна раса» - «Хороший человек»

По завершению полёта космонавты обычно проводят конференцию.

- Итак, обсудим наш полёт.
- Цель достигнута?
- Понравилось путешествие?
- Что запомнилось?
- Отметим самых активных космонавтов.

Домашнее задание – 2 минуты

В учебнике параграф 5.3, подготовка к зачетному уроку, повтор тем по разделу «Антропогенез»

1 ряд - составить кроссворд по разделу «Антропогенез» (15 слов)

2 ряд - написать мини-сочинение «Будущее развитие человека?»

3 ряд - 1 вариант доклад на тему «Значение антропологии в медицине»

2 вариант доклад на тему «Главные различия в анатомии и физиологии рас»

Фрагмент рабочей тетради по фармакологии

Практические задания на тему: «Общая рецептура»

Задание 1. Дать определение лекарственной формы.

1. Суспензия — это _____

2. Суппозитории — это _____

3. Порошки — это _____

4. Микстура — это _____

5. Эмульсия — это _____

***Инструкция:** каждое правильное определение оценивается в 0,2 балла.*

Задание 2. Дать сравнительную характеристику.

1. Чем таблетки отличаются от драже?

2. Чем мази отличаются от пасты?

3. Чем отличаются между собой настои, отвары, настойки, экстракты?

4. Чем отличаются галеновые препараты от новогаленовых?

5. Чем суспензия отличается от эмульсии?

Инструкция: каждое правильное сравнение оценивается в 0,2 балла.

Задание 3. «Вопросы на засыпку».

1. Какие таблетки нельзя делить, измельчать и почему? Обосновать ответ.

2. Какие таблетки необходимо измельчать и почему?

3. Какие рецептурные бланки вы знаете, описать их особенности :

4. Основой для мазей является

1. _____,
2. _____,
3. _____,
4. _____.

В качестве основы для суппозиториев применяется _____.

5. Что обозначает на лекарственном препарате

мите _____

семи _____

форте _____

Инструкция: каждое правильное сравнение оценивается в 0,2 балла.

Задание 4. Заполните таблицу.

Русское название	Латинское написание	Сокращение в рецепте
Экстракт	<i>Extractum</i>	<i>Extr.</i>
Ампула		
Настой		
Порошок		
Раствор		
Флакон		
Свеча		
Мазь		
Гранула		
Микстура		
Пластырь		

Инструкция: каждое правильное написание оценивается в 0,1 балл.

Задание 5. Заполните таблицу, правильно изменив окончания существительных в родительном падеже:

<i>Существительное в именительном падеже, ед.ч.</i>	<i>Существительное в родительном падеже, ед.ч. (Recipe:)</i>
Tinctura	
Vicasolum	
Herba Thermopsidis	
Eleutherococcus	
Radix	
Kalii bromidum	
Cortex Frangulae	
Oleum Ricini	
Streptomycini sulfas	
Oxacillinum-natrium	

Инструкция: каждое правильное написание оценивается в 0,1 балл.

Задание 6. Проведите анализ врачебного рецепта.

Какая из прописей жидкого экстракта Алоэ верна и почему не верны две другие?

Rp.: Extr. Aloe 100 ml DS. По 1 ч/л х3 р в день внутри до еды.	Rp.: Extr. Aloe sicci 100 ml DS. По 1 чайной ложке 3 раза в день.	Rp.: Extr. Aloe fluidi 100 ml DS. По 1 чайной ложке 3 раза в день внутри до еды.

Инструкция: оценивается в 1 балл.

Задание 7. Выписать рецепт.

- Выписать 10,0 порошка стрептоцида (Streptocidum). Для присыпки.

•200 г гранул Блемарена (Vlemaren). Внутрь по 1 мерной ложке 3 раза в день после еды.

•Выписать 20 драже диазолина по 0,1 г. Назначить по 1 драже 2 раза в день (после еды).

•Выписать 10 порошков, содержащих по 0,3 корня ревеня (Rheum). Принять внутрь по 1 порошку на прием.

•Выписать 10 порошков, содержащих кислоты аскорбиновой 0,1 г, глюкозы 0,5 г, тиамин бромид 0,05 г. Назначить по 1 порошку 2 раза в день.

Задание 8. Выписать рецепт.

•Выписать 10 свечей с димедролом по 0,02 г. Назначить по 1 свече в прямую кишку 1 раз в день.

2. Выписать мазь, содержащую анестезина 0,25 г, ментола 0,1 г, вазелина 20 г. Назначить мазь для носа.

3. Выписать 20 г 10% линимента синтомицина. Назначить для повязок.

4. Выписать 30,0 мази, содержащей 1% димедрола, 10% стрептоцида, 5% оксида цинка. Наружное.

5. Выписать 10 ректальных суппозиторий «Неоанузол» («Neoanusolum»). По 1 суппозиторию на ночь.

***Инструкция:** каждое правильно выписанный рецепт оценивается в 0,2 балла.*

Задание 9. Выписать рецепт.

1. 10 флаконов, содержащих по 1200000 ЕД бензилпенициллина бензатина (Benzylpenicillini benzathinum). Содержимое флакона растворить в 5 мл воды для инъекций, вводить внутримышечно 1 раз в 7 дней.

2. 10 флаконов, содержащих по 64 ЕД лидазы. Вводить по 1 флакону внутримышечно 1 раз в день. Содержимое флакона предварительно растворить в 1 мл 0,5 % раствора новокаина

3. Выписать 10 мл 0,5 % масляного раствора ментола. Для закапывания в нос по 2 капли 2 раза в день.

4. Выписать 10 ампул, содержащих по 2 мл 5 % суспензии кризанола (Grysanolum) в масле. Назначить по 2 мл 1 раз в день.

5. 150 мл эмульсии из касторового масла (Oleum Ricini). Назначить по 1 столовой ложке 3 раза в день.

Задание 10. Оформить рецептурный бланк.

Ситуационные задачи.

Больному М. необходимо выписать рецепт на лекарственный препарат Морфина гидрохлорид 1% раствор для инъекций ампулы по 1 мл в количестве 30 штук для паллиативной помощи.

***Инструкция:** Выберите необходимый рецептурный бланк и заполните его. Обоснуйте свой ответ в выборе рецептурного бланка?*

Шкала баллов

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ИТОГО _____

*Лысенко Галина Викторовна,
Рекашова Татьяна Николаевна,*
Ессентукский филиал ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России

**«УЧИТЬ, НЕЛЬЗЯ СДАВАТЬСЯ!» –
ДЕВИЗ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ОБЩЕПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН
(из опыта работы)**

Общепрофессиональные дисциплины – это фундамент, основа медицинской профессии. Без знаний анатомии, физиологии, патологии, генетики и микробиологии сложно освоить премудрости диагностики, лечения и оказания неотложной помощи пациентам. Именно поэтому важно было в период дистанта не снизить качество подготовки первокурсников, выдать материал эффективно, чтобы на скелет общепрофессиональных дисциплин нарастить мышечную массу профессиональных модулей.

Самыми сложными оказались первые недели, когда студенты и преподаватели привыкали к новому формату взаимодействия. Организация данного процесса осуществлялась с помощью специальных средств компьютерных технологий.

Теоретический курс всех дисциплин проводился в формате аудио- и видеосвязи посредством программ Skype, ZOOM, WhatsApp, телефонных звонков и т.д. Текстовые файлы лекционного материала размещались на персональных сайтах преподавателей. В режиме конференцсвязи проводились все теоретические занятия, где педагог выдавал информацию по новой теме, разбирал наиболее сложные для понимания моменты. В данном режиме сложно осуществлять фронтальный опрос, так как качество связи у студентов зачастую не позволяло иметь четкое изображение и чистый звук, поэтому чаще применялся подход «один на один» с помощью видеозвонков в WA. Подобный алгоритм проведения теоретических занятий занимал вдвое больше времени, однако давал наиболее качественный результат.

Практические занятия по такой же схеме проводить было затруднительно, потому что на каждого студента требовалось время, а с учетом того, что их в подгруппах по 10-15 человек, то сплошной индивидуальный подход занимал бы 24 часа 7 дней в неделю. Требовалось найти инструменты организации и осуществления контролируемых мероприятий, которые отличались бы массовостью и высокой степенью объективности.

Одним из таких инструментов стали рабочие тетради по дисциплинам «Анатомия и физиология человека» и «Основы патологии». Наличие этих пособий значительно сократило временные и энергозатраты как обучающихся, так и преподавателей, при этом качество подготовки не пострадало. Студенты выполняли задания в рабочих тетрадях, фото или скан-копии отправляли на электронную почту преподавателя в свой групповой ящик под фамилиями. Преподаватель проверял выполненное задание и сразу выставлял оценки. Разноплановые и разноуровневые задания рабочих тетрадей позволили осуществлять как индивидуальный контроль, так и фронтальную проверку для выявления общего уровня освоения материала целой группой.

Каждый преподаватель во время удаленного обучения пытался найти для себя приемлемые способы организации учебного процесса. Так, для того, чтобы быстро провести проверку изученного материала посредством тестирования педагоги стали использовать систему «МастерТест», которая значительно упростила проверку тестов, а также исключила вопрос необъективности педагога (на что часто ссылаются студенты).

Многие программы дистанционного обучения предлагают к использованию виртуальные доски, позволяющие демонстрировать обучающимся ход решения задачи, например, по дисциплинам «Генетика человека с основами медицинской генетики», «Гигиена и экология человека», только писать с помощью компьютерной мыши неудобно, требуется планшет со стилусом, который есть не у каждого преподавателя. Педагоги нашли выход из положения, применяя электронную презентацию с установленными анимационными эффектами. Это лишний раз доказывает, что при творческом

подходе, любая, даже самая сложная задача по применению дистанционных образовательных технологий поддается решению.

Большая часть общепрофессиональных дисциплин изучается на первом курсе. В этом учебном году было проще работать с первокурсниками, так как они заканчивали школу в дистанционном режиме. С ними не возникало проблем при организации онлайн-занятий: подключение по ссылкам, работа с дополнительной гарнитурой, установка обратной связи, и это значительный плюс. Но при этом невозможность установки контакта с обучающимися, разобщенность группы как коллектива, невосприимчивость объемного и сложного материала – это явный минус.

Мы выдержали испытание удаленным режимом обучения и пришли к выводу, что студенты, особенно первокурсники, не способны организовать собственную учебную деятельность в дистанционном формате. Недостатков в дистанте именно в среднем медицинском образовании гораздо больше, чем преимуществ. Однако, учитывая все нюансы современной эпидемиологической ситуации, следует быть готовыми одновременно перевести образование в цифровое поле, при этом, не потеряв высокого качества подготовки будущих медицинских работников.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРЕПОДАВАНИИ МАТЕМАТИКИ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ

Россия находится на этапе становления новой системы образования, нацеленной на вхождение в мировое информационно-образовательное пространство. И представление о том, что обучаемые должны получать готовые знания уже не актуально. Двадцать первый век требует от образованных людей таких способностей, как способность самостоятельно ориентироваться во всех видах обширной информации, решать многочисленные задачи, требующие умения разбираться в любой ситуации и находить рациональные решения.

При этом «компьютерные технологии призваны стать не дополнением в обучении, а неотъемлемой частью целостного образовательного процесса [3]. Все чаще мультимедийные технологии входят в сферу образования. «Мультимедиа является эффективной образовательной технологией благодаря присущим ей качествам интерактивности, гибкости и интеграции различных типов учебной информации, а также благодаря возможности учитывать индивидуальные особенности студентов и способствовать повышению их мотивации» [1].

Сегодня мультимедиа используется для разработки образовательных технологий и формирования новых эффективных средств обучения.

Мультимедиа в образовании позволяют подключить максимум каналов человека к восприятию информации, так как более 70% информации мы воспринимаем с помощью зрения, и менее 30% - с помощью слуха. Мультимедиа позволяют создавать информационно насыщенную среду погружения для участников образовательного процесса, используя текстовые и графические данные, видео, аудио, возможности объемного моделирования и интерактивные инструменты.

Средства мультимедиа представляют особый вид компьютерных

технологий, которые объединяют в себе как традиционную статическую визуальную информацию (текст, графику), так и динамическую (речь, музыку, видеофрагменты, анимацию), обуславливая возможность одновременного воздействия на зрительные и слуховые органы чувств обучающихся, что позволяет создавать динамически развивающиеся образы в различных информационных представлениях (аудиальном, визуальном).

В образовательном процессе активно применяются мультимедийные технологии как средства при проведении различного типа занятий. В процессе чтения лекций применяются презентации, содержащие различные виды информации: текстовую, звуковую, графическую, анимации. Большую популярность приобрели электронные учебники, где представлен достаточно широкий арсенал мультимедийных средств, что не идет в сравнение с использованием обычных «бумажных» учебников. Кроме того, электронный учебник является одним из инструментов самостоятельной подготовки обучаемого по предмету. На практических занятиях – использование тестовых программ для закрепления и контроля знаний, электронных обучающих тетрадей, интерактивных задачников с разным уровнем сложности представления информации, видео задач.

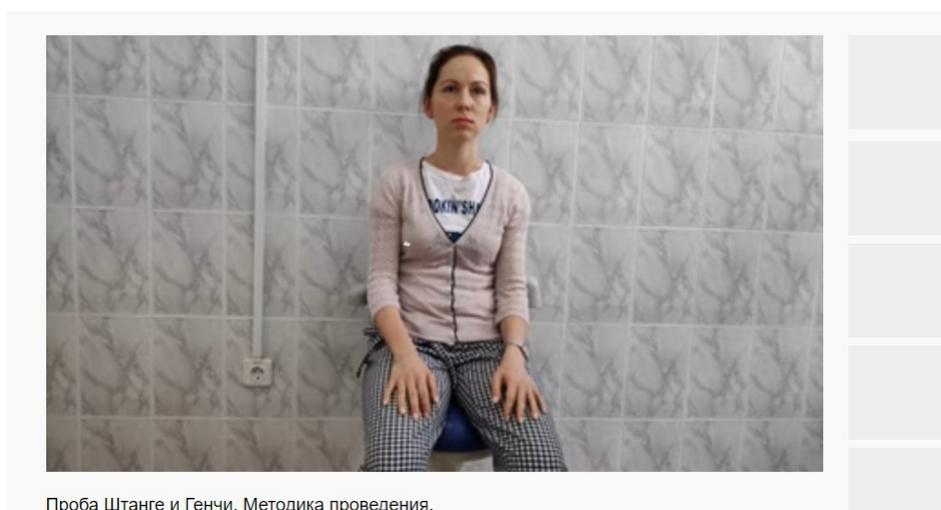
Так на примере занятия по теме «Решение прикладных задач в области профессиональной деятельности» при использовании компьютерных технологий можно объяснить и проверить знания. На экране обучающиеся видят только аббревиатуру, необходимо дать полное название, а нажав на гиперссылку получают правильный ответ (рисунок 1)



Рисунок 1–слайд с аббревиатурой

Благодаря возможностям Power Point в презентации вставлены видеоролики, позволяющие проиллюстрировать связь математики с медициной и с достижениями человеческой цивилизации.

Демонстрация видео с методикой проведения пробы Штанге и Генчиодин из простых и достаточно информативных методов оценки состояния дыхательной системы, без мультимедийных технологий становится менее наглядным (рисунок 2)



Проба Штанге и Генчи. Методика проведения.

Рисунок 2– кадр видео, методика проведения пробы Штанге и Генчи

При подборе мультимедийного средства обучения преподавателю необходимо учитывать своеобразие и особенности конкретной учебной дисциплины, предусматривать специфику соответствующей науки, ее понятийного аппарата, особенности методов исследования ее закономерностей. Мультимедийные технологии должны соответствовать целям и задачам курса обучения и органически вписываться в учебный процесс.

В соответствии с требованиями к условиям реализации ФГОС нового поколения преподавание математики не может обойтись без использования информационных технологий, как инструмента для совершенствования и оптимизации учебного процесса.

Презентация применяется на различных этапах занятия. Например, на этапе актуализации опорных знаний, в ходе фронтального опроса, текст вопроса появляется на экране, а после правильного ответа студентов осуществляется переход по гиперссылке к слайду с визуализацией ответа. В качестве фреймовых опор визуализируются этапы решения задач, от которых легко и быстро можно перейти на слайд с новыми начальными условиями или рисунком, а затем продолжить решение задачи, а в случае необходимости вернуться назад к общей схеме. Это позволяет значительно экономить время и опрашивать большее количество студентов.

На этапе объяснения нового материала, широко используется анимация объектов. На некоторых слайдах присутствует до 20 эффектов анимации. Все дополнительные построения и описание этапов решения появляются не в готовом виде, а по ходу решения, что позволяет быстрее понять и запомнить их последовательность (рисунок 3,4,5)

Пример 1. $\int (3x^5 + 4 \cos x - 2x + 1) dx =$

Рисунок 3 –фрагмент презентации, объяснения решения примера

Пример 1. $\int (3x^5 + 4 \cos x - 2x + 1) dx =$

Интеграл суммы выражений равен сумме интегралов этих выражений

Постоянный множитель можно вынести за знак интеграла

$\int 3x^5 dx + \int 4 \cos x dx - \int 2x dx + \int 1 dx =$

Рисунок 4 – фрагмент презентации, этапы решения примера

Пример 1. $\int (3x^5 + 4 \cos x - 2x + 1) dx =$

Интеграл суммы выражений равен сумме интегралов этих выражений

Постоянный множитель можно вынести за знак интеграла

$\int 3x^5 dx + \int 4 \cos x dx - \int 2x dx + \int 1 dx =$

$3 \int x^5 dx + 4 \int \cos x dx - 2 \int x dx + 1 \int dx =$

$\int x^n dx = \frac{x^{n+1}}{n+1} + C$ $\int \cos x dx = \sin x + C$ $\int x^n dx = \frac{x^{n+1}}{n+1} + C$ $\int dx = x + C$

$\frac{3x^{5+1}}{5+1} + 4 \sin x - \frac{2x^2}{2} + x + C$

Рисунок 5 – фрагмент презентации, дополнительные разъяснения к решению примера

Для закрепления нового материала используется разбор решения задач на готовых примерах. Это позволяет значительно увеличить объем решенных задач.

Подведение итогов занятия, рефлексия также проводится с помощью презентации. На слайде выводится своего рода «опорный конспект», и каждый студент сам для себя определяет степень усвоения новых знаний на данном аудиторном занятии, что будет создавать дополнительную мотивацию для выполнения домашнего задания по теме.

Студенты отмечают, что такие занятия красочные, наглядные, динамичные, запоминающиеся. К недостаткам можно отнести усталость глаз. Поэтому необходимо проводить физкультминутки для глаз, а также разумно сочетать мультимедийное сопровождение занятий и традиционные методы преподавания математики.

Использование информационных технологий на занятиях по математике стимулирует познавательную активность студентов, облегчает восприятие новой информации, делает более успешным запоминание материала, основанного на динамичных зрительных образах, развивает пространственное воображение и умение логически мыслить.

«Использование компьютерных мультимедиа технологий в учебном процессе поднимает его на качественно новый уровень, положительно влияет на мотивацию обучающихся к учебной деятельности, повышает уровень их состоятельности и активности в выборе методов решения стоящих перед ними задач» [1].

Список литературы:

1. Болбаков Р. Г. Мультимедийные образовательные технологии // Управление образованием: теория и практика. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/multimediynye-obrazovatelnye-tehnologii/viewer>
2. Петрова И. А., Цуркан М. В., Яричина Л. В. Особенности использования мультимедиа технологий в образовательном процессе // ЛПИ-

филиал СФУ г. Лесосибирск, Россия [Электронный ресурс]. Режим доступа:
<https://docplayer.com/46542127-Obrazovatelnyy-sayt-kak-sovremennoe-sredstvo-obucheniya-petrova-i-a-pravilov-a-s-lpi-filial-sfu-g-lesosibirsk-rossiya.html>

3. Захарова И.Г. Информационные технологии в образовании: учеб. пособ. для студ. высш. пед. учеб. заведений / И.Г. Захарова. – М.: Издательский центр «Академия», 2020. – 192 с.

Фрагмент открытого практического занятия МДК 04.01 «Патологическое акушерство» для обучающихся специальности 31.02.02 «Акушерское дело»
Деловая игра проводилась как итоговый контроль знаний на занятии с отработкой практических навыков на фантоме.

Деловая игра

Ситуационная задача № 1

Фельдшера вызвали на дом к роженице 22 лет. В обменной карте указан диагноз: Многоплодная беременность.

Роды протекали стремительно, и к моменту прибытия фельдшера после рождения I плода прошел час.

Жалобы: на кровотечение из родовых путей, боли.

Анамнез: половая жизнь с 21 года. Данная беременность первая. Срок беременности 35 – 36 недель. Роды начались неожиданно.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Ps – 82 уд/минуту, удовлетворительных качеств. АД – 120/80, 110/70 мм.рт.ст. Второй плод в продольном положении, тазовом предлежании. Сердцебиение плода 100 уд/минуту, глухое. Из родовых путей умеренное кровотечение.

Задания:

1. Выявите проблемы роженицы.
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

3. Назовите причину преждевременных родов и кровотечения.

4. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.

Эталон ответа к задаче № 1

1. Приоритетные проблемы женщины:

- боли
- кровотечение
- беспокойство за исход родов и за жизнь второго ребенка

Потенциальные проблемы:

- риск кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде
- риск гибели недоношенных новорожденных
- риск родового травматизма второго плода, который находится в тазовом предлежании.

2. Диагноз: Беременность 35–36 недель. Преждевременные роды. Многоплодная беременность. Тазовое предлежание второго плода. Преждевременная отслойка плаценты второго плода. Угроза гипоксии плода.

Из условий задачи следует, что у женщины первая беременность, на сроке 35 - 36 недель, и в домашних условиях протекают роды двойней. Вторым плодом в тазовом предлежании. По состоянию сердцебиения плода (глухое и всего 100 уд/минуту), по наружному кровотечению можно поставить диагноз: преждевременная отслойка плаценты II плода, а вследствие этого, наступила угроза гипоксии плода.

3. Причины наступления преждевременных родов связана с многоплодием и значительным перерастяжением стенок матки. При многоплодии с

значительным перерастяжением стенок матки. При многоплодии почти в 50% случаев, беременность не вынашивается, и роды наступают преждевременно. После рождения I плода у него начинается III родов (последовый), и поэтому с началом отделения плаценты I плода синхронно может начаться отделение плаценты II плода, и второй плод при преждевременной отслойке плаценты может погибнуть.

4. Фельдшер срочно обязан произвести акушерскую операцию «экстракция плода за тазовый конец» и только после этой операции можно остановить кровотечение и спасти жизнь второму плоду. В конце операции необходимо ввести сокращающий препарат. После срочного родоразрешения родильницу из дома фельдшер переправляет в родильное отделение. Дети недоношенные, поэтому транспортировка должна быть очень щадящая.

Ситуационная задача № 2

Повторнородящая женщина, 28 лет, у которой в анамнезе 1 срочные роды и 1 аборт без осложнений, при сроке 38 недель поступает в родильный дом. Акушерка осматривает роженицу в приемном отделении. Жалобы на регулярные схватки в течение 5 часов, воды отошли только что.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Пульс и АД в норме. Схватки через 3-4 минуты по 30-35 секунд. Положение плода продольное. В дне – головка. Ягодицы прижаты ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту. В половой щели видна стопа плода.

Женщина чувствует давление на прямую кишку и волнуется за себя и ребенка, просит объяснить, кто будет принимать роды.

Задания:

1. Выделите проблемы. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план доврачебных действий. Объясните женщине, как будут происходить роды.

3. Оцените подготовку женщины в ЖК.

Эталон ответа к задаче № 2

1. Диагноз: Роды II срочные. Конец периода раскрытия. Ножное предлежание плода.

2. Женщина должна находиться в горизонтальном положении с возвышенным тазовым концом во избежание выпадения ножки и пуповины. Через стерильную пеленку оказывать **пособие по Цовьянову II**. Объяснить женщине, что роды для неё будут проходить, как и в прошлый раз. Но из-за ножного предлежания она не должна ходить, роды будет принимать врач, ребенка сразу же осмотрит педиатр, предпримут все меры для успешного родоразрешения. Характер родовой деятельности и сердцебиение нормальные. Остальное ей расскажет врач после осмотра.

3. Ошибки допущенные в женской консультации:

- своевременно не диагностировали тазовое предлежание
- не назначили его коррекцию
- не назначили госпитализацию в родоразрешительное отделение.

Ситуационная задача № 3

В родильное отделение районной больницы доставлена повторнородящая женщина 30 лет. Родовая деятельность началась 2 часа назад, воды не изливались. Схватки по 25-30 сек. через 4-5 минут, умеренной силы.

В анамнезе 2 срочных родов и 2 искусственных аборта без осложнений. Женщина наблюдалась акушеркой ФАПа, на консультации врача в районную больницу не ездила, ультразвуковое исследование не проводилось. В остальном беременность протекала без осложнений.

Объективно: АД 120/80, мм рт.ст., пульс - 80 уд. в минуту удовлетворительных качеств. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При наружном акушерском исследовании: над входом в малый таз обнаружена крупная мягкая часть плода, а в дне матки баллотирующая, плотная, округлой формы крупная часть (головка). Сердцебиение ясное ритмичное слева выше пупка 142 уд. в минуту. Окружность 96 см, высота стояния дна матки 35 см.

Для уточнения диагноза акушерка в асептических условиях произвела **влагалищное исследование** и установила, что ко входу в малый таз предлежат ягодички, раскрытие шейки матки на 4 см, плодный пузырь сохранен. Врач дежурит на дому.

Задания:

1. Сформулировать диагноз. Выделить основные проблемы и их причины.
2. Тактика акушерки в данной ситуации.

Эталон ответа к задаче № 3

1. Диагноз: I период III срочные родов. Чисто ягодичное предлежание плода. ОАА.

Роды в тазовом предлежании сопровождаются факторами риска для матери и плода (выпадение пуповины и мелких частей, гипоксия и травмы плода связи с затруднением выведения ручек и другие). Роды сопровождаются выполнением различных оперативных пособий. Требуется врачебная помощь.

Женщина не внимательно наблюдалась акушеркой ФАПа, не осмотрена врачом, не проводилось УЗИ, поэтому своевременно не выявлено тазовое предлежание, не назначена коррекция, досрочная госпитализация.

2. Тактика акушерки:

- вызвать дежурного акушера-гинеколога; успокоить роженицу, вселить уверенность в благополучный исход родов;

- учитывая высокий риск осложнений как для матери, так и для плода, необходимо уложить роженицу на правый бок и не разрешать вставать для профилактики раннего излития вод и выпадения мелких частей плода. Следить за динамикой родовой деятельности и сердцебиением плода;
- в случае отсутствия врача оказать пособие по Цовьянову 1; приготовить спазмолитики, сокращающие средства, одноразовую систему, физиологический раствор, препараты для профилактики гипоксии плода.

Интерактивный плакат как способ активизации учебной деятельности обучающихся на занятиях «Химия»

Создание интерактивных плакатов обучающимися положительно влияет на их активность при изучении теоретического материала, повышение интереса и мотивации к учебной деятельности, а также применение технологии развития критического мышления обучающихся при изучении наиболее сложных тем дисциплины.

Плакаты создаются в сервисе <https://www.thinglink.com>

Ссылки на плакаты созданные студентами:

<https://www.thinglink.com/scene/1394896908677283842>

<https://www.thinglink.com/scene/1394890557662167042>

<https://www.thinglink.com/scene/1397476657505239043>

*Потёмкина Лилия Викторовна,
Трошина Елена Валерьевна,*
Ессентукский филиал ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России

**ОСД НА ДИСТАНТЕ:
ТВОРЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПРАКТИЧЕСКОМУ ОБУЧЕНИЮ
(из опыта работы)**

Дистанционное обучение – понятие не новое, но для среднего медицинского образования необходимость его внедрения на постоянной основе не была актуальной, так как даже заочной формы обучения в нашем профиле никогда не предусматривалось. Но... Есть реальность – пандемия, есть задача – обучать, соответственно, каждому педагогу пришлось оперативно перестроить свою профессиональную деятельность и найти максимально эффективные формы и методы электронного обучения.

Уже несколько лет преподаватели ЦМК «Основы сестринского дела» размещают учебно-методический материал к преподаваемым дисциплинам на личных сайтах в социальной сети работников образования, что позволило нам «играть на опережение». Обучающиеся самостоятельно изучают теоретические основы, а во время аудиторных занятий совместно с преподавателями разбирают сложные вопросы, акцентируют внимание на связи теории и практики. Именно поэтому при введении дистанта у нас и наших студентов не возникло трудностей в освоении теоретического курса.

Особое место в совершенствовании методического обеспечения учебного процесса в филиале занимает издательская деятельность. На протяжении пяти лет при активном сотрудничестве с типографией университета подготовлены и выпущены требуемым тиражом сборники тестовых заданий и учебно-методические пособия. В условиях удаленного обучения эти разработки стали важным подспорьем в организации контроля знаний и умений обучающихся, а

также экономии времени при освоении теоретического курса дисциплин и профессиональных модулей.

А вот практическое обучение действительно пришлось кардинально перестроить, ведь «поставить руки» удаленно – миссия невыполнимая. Однако, есть проблема, она требует быстрого решения, и мы оперативно искали пути, методом проб и ошибок выстраивали новую форму обучения. И вот тут на помощь пришли все возможные инструменты глобальной сети Интернет, доступные для организации качественного учебного процесса. Теоретические и практические занятия мы ведем на платформе ZOOM, которая позволяет подключать большое количество участников, показывать учебные фильмы и мультимедийные презентации, пользоваться «виртуальной доской» и «демонстрационными залами», в этом ее несомненный плюс.

Для контроля знаний мы используем сайт «Мастер-тест», функционал которого позволяет сохранять результаты не только у преподавателя, но и у студентов, что дает возможность проработать ошибки.

При очном обучении студенты выполняют манипуляции по алгоритмам под контролем преподавателя, что нивелирует ошибочное исполнение. Именно этот компонент полностью отсутствует при удалённом обучении. Чтобы избежать снижения качества обучения и сохранить объективность оценивания уровня практической подготовки, студентам был предложен нестандартный подход – видеозапись выполнения манипуляции.

Для проверки видеоответов использовалась социальная сеть «ВКонтакте», т.к. она позволяет без скачивания и сохранения на собственный носитель просматривать видеоответы, не требует структурирования и не занимает память, что значительно облегчает работу и экономит время.

Проверка видеоответов проводилась с фиксацией ошибок по времени, с их последующим разбором в индивидуальном порядке в Skype. После этого манипуляция выполнялась повторно с учётом замечаний. Благодаря такой форме и преподаватель, и студент наблюдают динамику освоения практического умения.

Отсутствие необходимого оборудования и оснащения стало серьезной проблемой при выполнении манипуляций. Преподавателями нашей ЦМК был применен творческий подход для ее решения: обучающиеся и их родственники активно включились в учебный процесс, участвуя в конкурсе «Лучшее домашнее оснащение».

Подобный формат проведения практических занятий позволил студентам не просто овладеть необходимыми умениями, но и использовать свои видеоролики при подготовке к аттестации по профессиональным модулям и первичной аккредитации.

Перестройка обучения – непростой этап, требующий полной отдачи сил и от преподавателей, и от студентов. Но при всей сложности адаптации к новым образовательным условиям обучающиеся Ессентукского филиала Ставропольского государственного медицинского университета не утратили интереса к учебно-исследовательской деятельности и принимали участие в различных дистанционных научных мероприятиях, демонстрируя высокий уровень подготовки и развития коммуникационных навыков.

Фрагмент урока «Сложные эфиры»

Цели урока:

Образовательные: дать учащимся понятие о составе и строении сложных эфиров; отработать умение выделять общие существенные свойства, на основе которых вещества объединяются в класс сложных эфиров, рассмотреть получение и применение сложных эфиров; дать понятие о реакции этерификации.

Развивающие: формирование умений составлять формулы сложных эфиров и называть их, умений составлять уравнения реакций гидролиза и этерификации, развить знания учащихся о закономерностях химических реакций, об условиях смещения химического равновесия; развитие логического мышления, внимания, памяти.

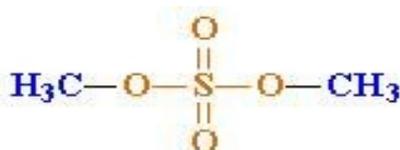
- Строение

Сложные эфиры – вещества, образованные карбоновыми кислотами и спиртами (производные органических кислот и спиртов)

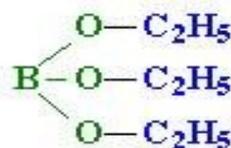
Общая формула:

- Номенклатура

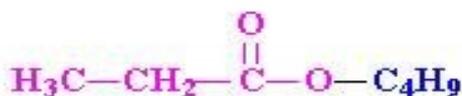
Название создается следующим образом: в начале указывается группа R, присоединенная к кислоте, затем – название кислоты с суффиксом «ат»



диметилсульфат



триэтилборат



бутилпропионат

(как и в названиях неорганических солей: карбонат натрия, нитрат хрома).

- Номенклатура

В основе номенклатуры лежат два способа названия сложных эфиров:

1) по названию радикала спирта и кислотного остатка кислоты (как соли).

Например: этил-ацетат

2) полное название эфира по радикалу спирта и названию кислоты.

Например: этиловый эфир уксусной кислоты.

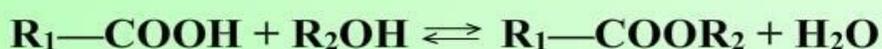
- Агрегатные состояния

Сложные эфиры имеют следующие физические свойства:

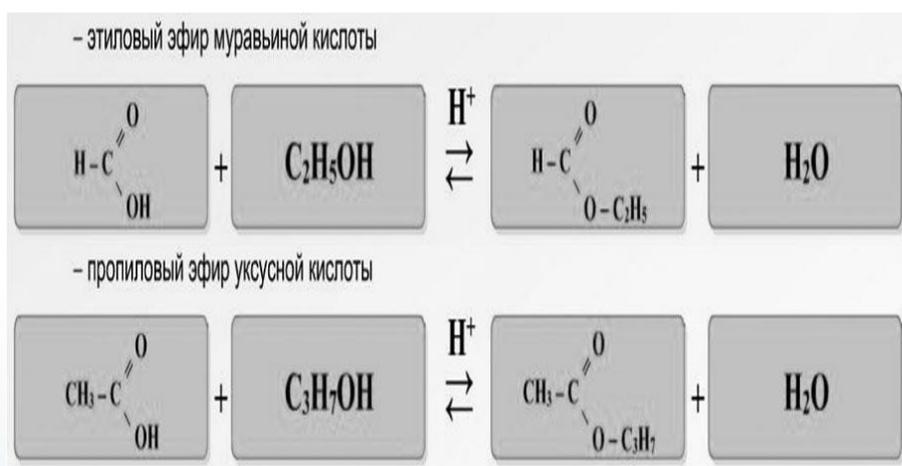
Жидкое (жидкости)

- Бесцветные или слабоокрашенные;
- Нерастворимые в воде;
- Растворимые в органических растворителях (спиртах);
- Легче воды;
- Имеющие характерные запахи;
- Летучие и горючие.

Реакции этерификации



- Химические свойства
- Зависимость свойств от строения:
- Зависимость свойств от строения:



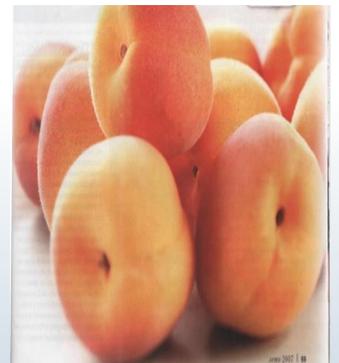
- Зависимость свойств от строения:
- Зависимость свойств от строения:
- Зависимость свойств от строения:
- Нахождение в природе

Сложные эфиры входят в состав различных плодов, ягод, фруктов.

Запах может определять только один сложный эфир (ананас, вишня, слива, яблоки и др.) или сложное сочетание разных сложных эфиров «букет» (в землянике аромат 40 разных сложных эфиров).

- Нахождение в природе

Запах абрикосов



Запах груш



Саутина Елена Витальевна,

КГБПОУ «Владивостокский базовый медицинский

колледж»

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА

по организации (внеаудиторной)
самостоятельной работы обучающихся

Тема: Клизмы. Газоотводная трубка.

ПМ.07 Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра

по уходу за больными

МДК 07.03 Технология оказания медицинских услуг

1 курс

Специальность 31.02.01. Лечебное дело

Составитель: Саутина Е.В., преподаватель

высшей квалификационной

категории КГБПОУ «ВБМК»

г.Владивосток

2021

Согласовано
Старший методист
_____ Алябина И.В.

Рассмотрено и утверждено
на заседании предметно-цикловой
комиссии
Протокол № _____
«__» _____ 20__ г.
Председатель ПЦК основ сестринс-
кого дела
_____ Саутина Е.В.

Методическая разработка подготовлена в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом по специальности среднего профессионального образования (далее-ФГОС СПО) 31.02.01. Лечебное дело.

Материал разработан на основе характеристики профессиональной деятельности выпускников. Один из видов деятельности, к которому должен(а) быть готов(а) фельдшер/медицинская сестра/медицинский брат, - выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра.

В методической разработке отражена история возникновения процедуры очищения кишечника, отношения к процедуре в разные столетия, а также, совершенствование инструментов для промывания кишечника

Данная методическая разработка является необходимым дополнительным учебным материалом для подготовки к практическим занятиям на 1 курсе по специальности лечебное дело. Методическая разработка включает в себя теоретический материал, задания для самоподготовки, список рекомендуемой литературы.

Введение

Клизмы являются одним из самых популярных методов очищения кишечника, они широко используются в медицине. Как ни удивительно, история клизмы насчитывает уже многие тысячи лет. К процедуре очищения кишечника люди прибегали в самых разных уголках планеты – ее практиковали жители древнего Китая и Индии, вавилоняне и ассирийцы, представители некоторых африканских племен и американские индейцы. Безусловно, резиновой груши тогда не было и в помине, поэтому, если верить дошедшим до наших дней статуэткам и рисункам на домашней утвари, древние народы для своих нужд обычно использовали всевозможные подручные средства, например, полые рога антилоп или других жвачных животных с отпиленным острым концом.

Методическая разработка иллюстрирована photographиями, рисунками, выделены вопросы, на которые следует обратить внимание и запомнить, что способствует более качественному усвоению материала.

После изучения данного материала, конспекта лекций, а также изучив тему в учебнике можно приступить к выполнению работы по самоподготовке.

Приступая к их выполнению, необходимо ознакомиться со списком литературы, который поможет при ответах на них.

Результатом освоения данной темы является овладение обучающимися профессиональными (ПК) и общими (ОК) компетенциями:

ПК 1.1. Эффективно общаться с пациентом и его окружением в процессе профессиональной деятельности

ПК 1.2. Соблюдать принципы профессиональной этики

ПК 1.3. Осуществлять уход за пациентами различных возрастных групп в условиях учреждения здравоохранения и на дому

ПК 1.6. Оказывать медицинские услуги в пределах своих полномочий

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, исходя из цели и способов ее достижения, определенных руководителем.

ОК 3. Анализировать рабочую ситуацию, осуществлять текущий и итоговый контроль, оценку и коррекцию собственной деятельности, нести ответственность за результаты своей работ.

ОК 6. Работать в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

После изучения темы студенты должны:

иметь практический опыт:

- работы с листами назначений;

уметь:

- Осуществить выборку назначений из медицинской карты.

- Осуществить наблюдение за деятельностью кишечника у пациента.

- Объяснить пациенту сущность манипуляции и правила подготовки к ней.

- Поставить все виды клизм и газоотводную трубку на фантоме.

Знать:

- Виды клизм.

- Механизм действия различных видов клизм.

- Показания и противопоказания к постановке клизм.

- Возможные осложнения при постановке клизм.

- Показания и противопоказания к применению газоотводной трубки.

- Возможные проблемы пациента.

Из истории вопроса.

Тема клизмы слегка деликатна и возможно не очень приятна по внутренним ощущениям. Но, как и у любого предмета, у клизмы есть своя история и истории связанные с клизмой. Имя автора данной процедуры теперь уже нельзя установить, но изобретение клизмы приписывают древним египтянам. В древнем Египте люди увидели, как прочищает свой кишечник священная птица ибис (рис.1), набирая в длинный клюв воду. Вот так в

созерцании появился медицинский предмет, который прошел через века до сегодняшних дней.



Рисунок 1

Впервые «промывание для общего оздоровления» египтяне начали применять еще в 1500 г. до н. э. Кстати, как человека с головой ибиса или же в виде самой птицы египтяне обычно изображали бога Тота — хранителя мудрости и медицинских знаний. В качестве аналога современной кружки Эсмарха тогдашние эскулапы советовали использовать большую тыкву со стеблем в человеческий рост.

В Европе клизму использовали средневековые врачи, ибо арсенал лечебных средств был весьма убог: кровопускание, сомнительные эликсиры и мази, ну и очистительная клизма — возможно, самое полезное из всего перечисленного. Скудость лекарственных средств вынудила медиков превозносить ее достоинства как спасительницы практически от всех болезней. Клизму ставили при помощи конической воронки, через которую наливали раствор из кувшина. Это сделало прибор предметом первой необходимости. Потом молва стала приписывать клистиру способность обострять ум, повышать настроение и способствовать в удаче. А когда на свет божий (не без помощи докторов и аптекарей) «просочилась» информация о том, что очищением кишечника можно отодвинуть старость — вокруг процедуры и вовсе начался ажиотаж. Наступила Эра Клизмы!

Не остались в стороне от происходящего и производители медицинских инструментов — на рынок была выведена сенсационная новинка — клистирный шприц, оснащенный ректальным носиком и помпой для закачивания жидкости.

Для богатых клистиры изготавливали из тончайшего фарфора, отделывали серебром и перламутром (рис.2).



Рисунок 2. Клистирные шприцы. Фото 17 – 19 вв.

Дошло до того, что многие люди чистке зубов предпочитали ежедневные клизмы. Самой популярной жидкостью, заливаемой в кишечник, по тем временам была теплая или подкисленная уксусом вода, реже – травяной отвар или какие-нибудь мифические снадобья.

С течением времени совершенствуется устройство для постановки клизмы. Появляется резиновая груша (рис.3). Больше всего изобретению этого компактного и удобного в пользовании предмета радовались представительницы прекрасного пола. В XVIII-XIX веках поездки занимали много времени. И леди, отправившиеся в долгий путь на корабле или в дилижансе, как правило, испытывали большие затруднения с опорожнением кишечника. Запоры иногда

длились до десяти дней, что было связано с непривычной обстановкой, малой подвижностью, изменением в питании, а также неумением расслабиться. Медики даже ввели термин «синдром путешествия».



Клизма. XIX век

Рисунок 3. Резиновая груша

Так что резиновая груша могла сослужить своей хозяйке хорошую службу, ведь она занимала мало места, а ее использование не требовало посторонней помощи.

А вслед за резиновой грушей в XIX веке появилась и другая эволюционная «модификация» клистирной трубки – кружка Эсмарха (рис.4).



Рисунок 4. Кружка Эсмарха

Все изменилось во второй половине XX столетия. Развитие фармакологической промышленности способствовало широкому распространению слабительных препаратов.

Что же, современная медицина ничуть не умаляет заслуг клизмы перед человечеством и не отказывается от ее помощи. К очищению кишечника прибегают при запорах, для удаления токсичных веществ, при отравлениях, перед операциями и родами, рентгенологическими и эндоскопическими исследованиями пищеварительного тракта.

Однако накопленный и обобщенный опыт позволяет врачам утверждать, что мы имеем дело отнюдь не с безобидной процедурой. Ее использование сопряжено с вмешательством в функционирование толстой кишки, что опасно вымыванием полезной микрофлоры. Кроме того, частая искусственная стимуляция перистальтики кишечника может привести к атонии – кишечник разленился работать сам со всеми вытекающими отсюда последствиями. И вообще данная процедура имеет длинный список противопоказаний.

Древняя мудрость гласит: «Разницу между лекарством и ядом определяет доза». Это справедливо и в отношении клизмы. Разумное ее применение - несомненное благо, а использование без консультаций с врачом может стоить здоровья.

Первый в мире памятник медицинскому клистиру (рис.5) был торжественно открыт в 2008 г. в день медицинского работника на курорте Кавказских Минеральных Вод. Бронзовая композиция весом около 400 кг и высотой 1,5 метра установлена на территории санатория "Машук-Акватерм" в Железноводске.



Рис

унок 5. Памятник клизме

«Наши Кавминводы - самый большой медицинский кабинет страны, а возможно и мира, где выполняется огромное количество пикантных процедур с применением этого прибора, клизма вернула здоровье миллионам людей, она имеет право быть увековеченной», - сказал автор проекта - главный врач санатория Александра Харченко

Блок информации.

Запор – нарушение функции кишечника в связи с увеличением интервалов между актами дефекации по сравнению с индивидуальной физиологической потребностью или в систематически недостаточном опорожнении кишечника.

Признаки запора:

- редкие дефекации – задержка кала в кишечнике более 48 часов;
- затрудненная дефекация;
- малое количество кала (менее 100 г.);
- твердый и сухой кал.

Частая причина запоров – алиментарный фактор: ограничение продуктов с содержанием растительной клетчатки и питьевой воды, преобладание растительных углеводов.

Сестринские рекомендации пациенту с проблемами нарушения функций кишечника:

- соблюдать режим приема и характер пищи;
- употреблять жидкость в достаточном объеме;
- делать физические упражнения;
- проводить лечебную физкультуру;
- обучать постановке очистительных клизм.

Клизма – введение жидкости в нижний отдел толстого кишечника с лечебной или диагностической целями. Вводимая в кишечник жидкость, ее объем и температура по-разному влияют на рецепторный аппарат стенки кишечника.

Характер запора определяет температурный режим воды:

- холодная (12-18⁰С) – повышает стимуляцию сократительной деятельности кишечника (повышает перистальтику);
- теплая (38-40⁰С) – повышает всасывание (абсорбцию) жидкости и расслабляет гладкую мускулатуру кишечника.
- индифферентная (30-35⁰С) – не влияет на опорожнительную функцию, очищение идет за счет механического воздействия объема воды.

Помощь пациенту при нарушении удовлетворения потребности в физиологических отправлениях – зависимое сестринское вмешательство. Опорожнение кишечника назначает врач.

Пациенты зачастую обеспокоены постановкой клизмы или введением газоотводной трубки. Испытывают чувство стеснения, неловкости, поскольку выполнение манипуляции связано с обнажением интимных частей тела.

Медсестре следует:

- установить доверительные отношения с пациентом;

- создать спокойную обстановку;
- терпеливо уверить в необходимости проведения процедуры;
- объяснить возможность проведения манипуляции в клизменной или в палате с использованием ширмы.

Информированное согласие пациента на выполнение данных процедур – залог безболезненности, участия самого пациента во время проведения манипуляции и профессионализма медсестры.

ПРИСПОСОБЛЕНИЯ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ КЛИЗМ



Рисунок 6. Кружка Эсмарха с краном



Рисунок 7. Кружка Эсмарха с зажимом



Рисунок 8. Грелка комбинированная



Рисунок 9. Спринцовки с мягкими и твердыми наконечниками



Рисунок 10. Газоотводная трубка



Рисунок 11. Кружка Эсмарха одноразовая

Показания для постановки клизм:

- запор;
- перед операциями и родами;
- перед диагностическими исследованиями;
- при отравлениях (пищевых и лекарственных);
- местное воздействие на слизистую кишечника.

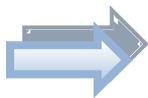
Противопоказания для постановки клизм:

- острые воспалительные процессы толстого кишечника;
- кровотечения из ЖКТ;
- злокачественные новообразования ЖКТ;
- боли в животе неясного генеза;
- трещины в области ануса, геморрой;
- выпадение прямой кишки;
- первые дни после операции на органах ЖКТ.

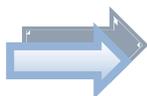
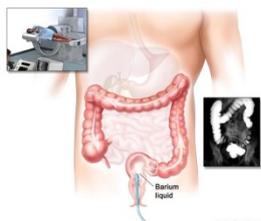
Очистительная клизма

Применяется для очищения кишечника от каловых масс и газов. При постановке клизмы опорожняется только нижний отдел толстой кишки путем усиления перистальтики и разжижения каловых масс.

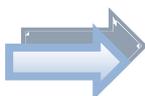
Очистительную клизму назначают при:



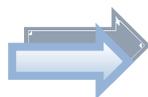
При подготовке к эндоскопическому исследованию толстого кишечника



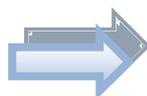
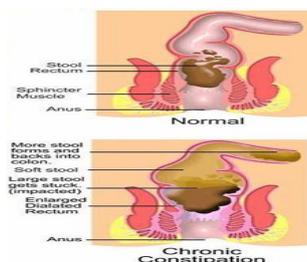
При подготовке к рентгенологическому исследованию ЖКТ, мочевыводящих путей, органов малого таза



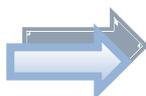
Перед операциями



Перед родами



При запорах



Перед введением лекарственных средств

Для очистительной клизмы взрослому человеку требуется 1 -1,5 литра воды температурой:

- Комнатной температурой - 20-25 градусов;
- При спастическом запоре - 37 – 42 градуса;
- При атоническом запоре – 12-18 градусов

Процедуру проводят в клизменной или в палате. Если процедура проводится в палате, где есть другие люди необходимо отгородить пациента ширмой.

Послабляющие клизмы

Гипертоническая

Масляная

Показания к применению

- | | |
|---|---|
| - Неэффективность очистительной клизмы; | - Неэффективность очистительной клизмы; |
| - Массивные отеки; | - Первые дни после операции и родов; |
| - Атонические запоры | - Спастические запоры; |

Все послабляющие клизмы имеют температуру раствора – 37-38 градусов по Цельсию.

Сифонная клизма

С помощью сифонной клизмы достигается более эффективное очищение кишечника, т.к. он промывается водой многократно на большом протяжении. Показания для постановки сифонной клизмы также определяет врач.

К ним относятся:

- Отсутствие эффекта от очистительной, послабляющих клизм и приема слабительных.
- Необходимость выведения из кишечника ядовитых веществ, попавших в рот или выделяющихся в кишечник через слизистую оболочку.
- Подозрение на кишечную непроходимость.

Комплект заданий для внеаудиторной самостоятельной работы.

Желаю успеха!

1. Контрольные вопросы.

1. Понятие клизм, их виды.

2. Показания для постановки клизм.
3. Противопоказания для постановки клизм.
4. Возможные проблемы пациента при постановке клизм.
5. Показания для постановки газоотводной трубки.
6. Причины возникновения запоров.
7. Температура воды при постановке очистительной клизмы.
8. Рекомендации пациенту с запором.
9. Устройства для постановки различных видов клизм.
10. Отделы толстого кишечника.

2. Определите понятия.

1. Метеоризм - _____
2. Понос (диарея) - _____
3. Запор - _____
4. Спастический запор - _____
5. Атонический запор - _____
6. Клизма - _____

3. Заполните схему строения толстого кишечника с указанием длины каждого отдела.

1	Слепая кишка	6 см
2		
3		
4		
5		
6		

4. Заполните таблицу, знаком «+» соотнесите виды клизм и показания

Виды Показания	Очистительная	Масляная	Гипертоническая	Сифонная
1. Перед родами				
2. Кишечная непроходимость				
3. Перед операцией				
4. Перед лекарственной				
5. При отравлении ядами				
6. Перед рентгенологическими исследованиями				
7. При запорах				
8. При массивных отеках				

9.Перед эндоскопическими исследованиями				
10.Хронические запоры				

5.Выберите необходимое оборудование.

Найдите соответствие вида клизм по приведенному рисунку:

для сифонной клизмы - _____

для масляной клизмы - _____

для гипертонической клизмы - _____

для очистительной клизмы - _____

123 4

5

6. Перечислите показания для постановки клизм

Очистительная - _____

Гипертоническая - _____

Масляная - _____

Сифонная - _____

Газоотводная трубка - _____

7.Цифровой диктант.

1.Эффект действия масляной клизмы через ___ - ___ часов.

2.Объем масляной клизмы составляет _____ - _____ мл.

3.Температура лекарственного раствора для микроклизмы ___ - ___ С.

4.Наконечник при постановке масляной клизмы вводят на глубину ___ - ___ мл

5.Объем гипертонического раствора для микроклизмы ___ - ___ мл.

6.Для постановки гипертонической клизмы используют ___ - ___% раствор магния сульфата.

7. Опорожнительный эффект гипертонической клизмы через _____ - _____ мин.

8.Температура гипертонического раствора для клизмы _____ С.

9.При метеоризме газоотводную трубку вводят на глубину ___ - ___ см.

10.Время постановки газоотводной трубки составляет _____ час.

11.Объем очистительной клизмы ___ - ___ литров.

12.Температура воды при спастическом запоре при постановке очистительной клизмы _____ - _____ С.

13. Температура воды при атоническом запоре при постановке очистительной клизме _____ - _____ С.

14. Температура воды при обычном запоре при постановке очистительной клизме _____ - _____ С.

15. Объем сифонной клизмы _____ - _____ литров.

8. Решите ситуационные задачи.

Задача № 1

Пациент Александр В, 28 лет, находится на лечении в инфекционной больнице по поводу вирусного гепатита А. При обходе врача пациент пожаловался на отсутствие стула в течение трех дней, неприятные ощущения в области живота. Врач назначил постановку клизмы.

- 1) Определить проблемы пациента, спланируйте, реализуйте и оцените свое вмешательство.
- 2) Составьте алгоритм постановки очистительной клизмы.

Задача № 2

Пациентка Анна Д, 28 лет госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение с диагнозом острый гастроэнтероколит. Она предъявляет жалобы на озноб, головную боль, боли в области живота, рвоту. Связывает свое состояние с приемом колбасы.

Объективно: кожные покровы бледные, t 37,5°C, АД 120/80 мм.рт.ст, PS 84 удара в минуту, удовлетворительных качеств. После осмотра врач назначил постановку сифонной клизмы.

1. Определите проблемы пациентки, спланируйте, реализуйте свои действия.
2. Составьте алгоритм постановки сифонной клизмы.

Задача № 3

Пациент, 43 лет, находится в урологическом отделении на постельном режиме 3-й день после операции на почке. За это время у пациента не было стула. Пациент беспокоится о своем состоянии. Медсестра получила назначение врача сделать пациенту послабляющую клизму.

- 1) Определите проблемы пациента, спланируйте, реализуйте и оцените свое вмешательство.
- 2) Составьте алгоритм постановки масляной клизмы.

Задача № 4

Пациентка Евдокия К., 59 лет, лечится по поводу острого бронхита. Вчера съела избыточное количество продуктов, вызывающих вздутие кишечника. Врач назначил постановку газоотводной трубки. Пациентка имеет избыточный вес, длительное время находится в постели.

- 1) Определить проблемы пациента, спланируйте, реализуйте и оцените свое вмешательство.
- 2) Составьте алгоритм постановки газоотводной трубки.

9.Тестовый контроль.

Выберите один правильный ответ

1. Запор – задержка стула более (час.):

- | | |
|-------|------|
| А)48 | Б)24 |
| В) 12 | Г) 6 |

2. Для постановки очистительной клизмы надо приготовить чистой воды (в литрах):

- | | |
|--------|-----------|
| А)10 | В) 2-3 |
| Б) 5-6 | Г) 1 -1,5 |

3. Для постановки гипертонической клизмы необходимо приготовить раствор:

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| А) 10% натрия хлорида | В) 5% сульфат магния |
| Б) 2% натрия гидрокарбоната | Г) 0,9% натрия хлорида |

4. Показания для постановки очистительной клизмы:

- А) острый аппендицит
- Б) первые дни после операции на органах пищеварения
- В) запор
- Г) подготовка больного к извлечению желудочного содержимого

5. Необходимое количество растительного масла для постановки масляной клизмы (в мл.):

А) 1000 В) 500

Б) 100 Г) 10

6. Для постановки очистительной клизмы используется:

А) кружка Эсмарха В) грушевидный баллон

Б) зонд с воронкой Г) шприц Жане

7. При спастических запорах у пациента чаще назначается клизма:

А) гипертоническая В) очистительная

Б) сифонная Г) масляная

8. Опорожнение кишечника после постановки гипертонической клизмы, как правило, наступает через (в час.):

А) 8-10 В) 4-6

Б) 2-3 Г) 1

9. Противопоказанием к постановке очистительной клизмы является:

А) кишечное кровотечение В) метеоризм

Б) подготовка к родам Г) запор

10. Необходимое количество р-ра для постановки гипертонической клизмы(в мл.):

А) 1000 В) 500

Б) 10 Г) 10

11. При постановке очистительной клизмы наконечник вводят на глубину (в см.):

А) 40 В) 10-12

Б) 20 Г) 2-4

12. Перед лекарственной клизмой за 20-30 мин. пациенту необходимо поставить клизму:

А) гипертоническую В) сифонную

Б) очистительную Г) газоотводную трубку

13. Глубина введения зонда в кишечник при постановке сифонной клизмы (в см.):

А) 50-60 В) 10-15

2. Мухина С.А. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»: учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 512 с.
3. С.И. Двойников, С.Р. Бабоян [и др.], Младшая медицинская сестра по уходу за больными: учебник, М.: ГЭОТАР – Медиа, 2019.- 512с.
4. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела: практикум, Ростов-на-Дону.: Феникс, 2018.- 687 с.
5. Островская И.В. Основы сестринского дела, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016, 320 с.

*Силенко Евгения Александровна,
ГБПОУ СК «Буденновский медицинский колледж»*

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА
ЭЛЕМЕНТА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ
(САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА)
В ФОРМЕ ДЕЛОВОЙ ИГРЫ
ПО ТЕМЕ «СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ КОРИ, КРАСНУХЕ»**

1. Пояснительная записка

По сей день корь является одной из самых заразных болезней человечества, способных вызвать тяжелые последствия для здоровья человека, вплоть до летальных исходов. Поражая большие группы населения, имея тяжелое течение, которое сопряжено с высоким процентом госпитализации больных лиц и большим количеством койко-дней, заболеваемость корью наносит значительный экономический и финансовый ущерб государству. Именно поэтому проблеме иммунизации населения против кори в последние годы уделяется столь пристальное внимание [1].

Методическая разработка: «Сестринский процесс при кори, краснухе» предназначена для проведения практического занятия со студентами 3 курса по специальности 34.02.01 Сестринское дело. Тема соответствует программе ПМ. 02 «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах» МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях (Сестринская помощь при нарушениях здоровья).

Представленный фрагмент методической разработки раскрывает применение технологии интерактивного обучения (метода «Деловая игра») для организации самостоятельной работы обучающихся на практическом занятии.

Интерактивный («Inter» - это взаимный, «act» - действовать) – означает взаимодействовать, находиться в режиме беседы, диалога с кем-либо. Другими словами, в отличие от активных методов, интерактивные ориентированы на более широкое взаимодействие студентов не только с преподавателем, но и друг с другом и на доминирование активности студентов в процессе обучения. Интерактивные методы можно рассматривать как наиболее современную форму активных методов.

Важное место среди методов активного обучения, обеспечивающих максимальное использование индивидуального подхода к каждому студенту является метод деловых игр. Деловая игра – форма воссоздания предметного и социального содержания профессиональной деятельности, моделирования

систем отношений, разнообразных условий профессиональной деятельности, характерных для данного вида практики. В деловой игре обучение участников происходит в процессе совместной деятельности. При этом каждый решает свою отдельную задачу в соответствии со своей ролью и функцией [2].

2. Цели занятия:

I. Обучающие:

Изучить:

- 1) Этиологию, эпидемиологию кори, краснухи у детей.
- 2) Ведущие клинические симптомы.
- 3) Диагностику кори и краснухи.
- 4) Современные методы лечения кори и краснухи у детей.
- 5) Особенности ухода за детьми кори и краснухе, противоэпидемические и профилактические мероприятия.

Сформировать общие ОК 1-13 и профессиональные ПК 2.1-2.6 компетенции.

II. Воспитательные:

- 1) Сформировать интерес обучающихся к будущей профессии.
- 2) Воспитать чувство ответственности при оказании помощи.
- 3) Сформировать познавательную потребность обучающихся.

III. Развивающие:

- 1) Привить умения и навыки учебной работы и коллективного труда.
- 2) Воспитать чувство долга и ответственности за жизнь и здоровье подрастающего поколения, тактичное отношение к ребенку и его родителям.

Тип занятия: практическое.

Место проведения: учебный кабинет практической подготовки.

Время занятия: 270 минут.

Оснащение занятия: кукла-фантом; пеленальный стол; манипуляционный стол; оснащение для практических манипуляций.

Раздаточный материал:

- Тесты.
- Таблицы.
- Стандарты лечебных и диагностических манипуляций.
- Карточки-задания для деловой игры.

3. Основные этапы занятия

Этапы занятия Время (мин)	Описание деятельности		Цель деятельности
	Преподавателя	Обучающихся	
1. Организационный момент	Проверка санитарного состояния аудитории и внешнего вида студентов; регистрация отсутствующих.	Готовятся к занятию.	Воспитание организованности и ответственности студентов.
2. Актуализация <i>5 минут.</i>	Сообщает: тему, информирует цели занятия, задачи и пути их решения. Знакомит с ходом занятия, сроками выполнения заданий, системой выставления оценок.	Слушают, записывают в дневники тему и цели занятия.	Мотивация необходимости освоения общих и профессиональных компетенций, использования их в будущей практической деятельности.
3. Контроль исходного уровня	1. Предлагает вопросы фронтального опроса (приложение 1).	Отвечают с места. Заполняют	Получение объективной информации о

<p>знаний</p> <p>Задания №1,2 <i>50 минут</i></p>	<p>2. Представляет для заполнения таблицу «Сравнительная характеристика кори и краснухи» (приложение 2), проверяет заполненные таблицы.</p>	<p>таблицы в дневниках</p>	<p>степени исходного уровня знаний, коррекция ошибок.</p>
<p>4.Демонстрационная часть</p> <p><i>15 минут.</i></p>	<p>Проводит вводный инструктаж. Распределяет роли среди обучающихся для проведения деловой игры (приложение 3).</p>	<p>Слушают преподавателя Выбирают роли для участия в деловой игре.</p>	<p>Умение обобщать, систематизировать теоретические знания. Приобретение практических навыков.</p>
<p>5.Самостоятельная работа</p> <p><i>170 минут</i></p>	<p>Контролирует выполнение технологий медицинских услуг. Корректирует, поясняет и дополняет.</p>	<p>Выполняют задания. Демонстрируют технику выполнения манипуляций. Поясняют свои действия. Наблюдают и исправляют ошибки допущенные другими обучающимися</p>	<p>Умение применять знания на практике. Отработка умений. Развитие умения анализировать итоги работы. Развитие профессиональных умений. Воспитание усидчивости, трудолюбия, аккуратности,</p>

		я в ходе ответа.	бережного отношения к рабочему месту, инструментария.
6/7. Закрепление материала. Контроль эффективно сти усвоения знаний. Проверка самостоятел ьной работы Задание №3 <i>25 минут</i>	Предлагает заполнить формы 058/у и 063/у (приложение 4). Решить тестовые задания (приложение 5). Знакомит с инструкцией выполнения задания.	Заполняют учетные формы, фрагмент истории болезни (план лечения). Письменно фиксируют ответы в дневнике.	Получение объективной информации о степени усвоения учебного материала, коррекция ошибок.
8. Подведение итогов занятия <i>3 минут</i>	Оценивается работа группы в целом и каждого студента с обоснованием оценок. Отмечаются активные обучающиеся.	Анализируют свою работу.	Оценить достигнуты ли цели занятия.
9. Домашнее задание. <i>2 минуты.</i>	Сообщается домашнее задание и задание для самостоятельной внеаудиторной работы обучающихся. Рекомендации по выполнению задания.		

4. Карта модульных связей

Внутримодульные связи:

1. Сестринская помощь при болезнях органов дыхания.

2. Сестринская помощь при инфекционных болезнях.
3. Сестринская помощь при болезнях органов пищеварения.

Межмодульные связи:

1. ПМ. 01 Проведение профилактических мероприятий.
2. ПМ. 04 Выполнение работ по одной или нескольким профессиям рабочих, должностям служащих.
3. Дисциплина Анатомия и физиология.
4. Дисциплина Фармакология.
5. Дисциплина Гигиена и экология человека.
6. Дисциплина Основы патологии.
7. Дисциплина Основы микробиологии и иммунологии.
8. Дисциплина Основы латинского языка с медицинской терминологией.
9. Дисциплина Психология.

5. Требования ФГОС к результатам освоения темы

Профессиональный модуль ПМ. 02 является частью программы подготовки специалистов среднего звена в соответствии с ФГОС по специальности СПО 34.02.01 Сестринское дело в части освоения основного вида профессиональной деятельности (ВПД): Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах. Изучение ПМ 02 ведется согласно рабочей программе и календарно – тематическому плану. В соответствии с этими документами обучающийся после изучения темы должен овладеть профессиональными компетенциями:

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

ОК 1	Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.
ОК 2	Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.
ОК 3	Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.
ОК 4	Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.
ОК 5	Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.
ОК 6	Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.
ОК 7	Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.
ОК 8	Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации.
ОК 9	Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.
ОК 10	Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.
ОК 11	Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по

	отношению к природе, обществу и человеку.
ОК 12	Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.
ОК 13	Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями обучающийся в ходе освоения профессионального модуля должен:

уметь:

- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять сестринский уход за пациентом при кори, краснухе;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- осуществлять фармакотерапию по назначению врача;
- проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
- вести утвержденную медицинскую документацию.

знать:

- причины, клинические проявления, возможные осложнения, методы диагностики, проблемы пациента, организацию и методы оказания сестринской помощи при кори, краснухе;
- пути введения лекарственных препаратов;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения.

сформировать практический опыт:

- осуществления ухода за пациентами при кори, краснухе.

6. Критерии оценивания этапов занятия

Устный опрос:

Оценка 5 (отлично) ставится за полный ответ на поставленный вопрос с включением в содержание ответа рассказа (лекции) преподавателя, материалов учебников и дополнительной литературы без наводящих вопросов.

Оценка 4 (хорошо) ставится за полный ответ на поставленный вопрос в объеме рассказа (лекции) преподавателя или полный ответ с включением в содержание материала учебника, дополнительной литературы с наводящими вопросами преподавателя.

Оценка 3 (удовлетворительно) ставится за ответ, в котором озвучено более половины требуемого материала, с положительным ответом на часть наводящих вопросов.

Оценка 2 (неудовлетворительно) ставится на ответ, в котором озвучено менее половины требуемого материала или озвучено главное в содержании вопроса с отрицательными ответами на наводящие вопросы, или при отказе студента.

Тестовый контроль:

Процент результативности (правильных ответов)	Качественная оценка индивидуальных образовательных достижений	
	балл (отметка)	вербальный аналог
90 ÷ 100	5	отлично
80 ÷ 89	4	хорошо
70 ÷ 79	3	удовлетворительно
менее 70	2	не удовлетворительно

Решение задач (в том числе ситуационных):

5 «отлично» - комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического

материала с учетом междисциплинарных связей, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи, в соответствии с алгоритмами действий;

4 «хорошо» - комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы, неполное раскрытие междисциплинарных связей; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи, в соответствии с алгоритмом действий;

3 «удовлетворительно» - имеются затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов педагога; выбор тактики действий, в соответствии с ситуацией, возможен при наводящих вопросах педагога, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмом действий;

2 «неудовлетворительно» - неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика

действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента;

неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медицинского персонала; неумение оказать неотложную помощь.

Практические манипуляции:

5 «отлично» - рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно, в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается, в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются;

4 «хорошо» - рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но неуверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается, в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;

3 «удовлетворительно» - рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается, в соответствии с требованиями санэпидрежима.

2 «неудовлетворительно» - затруднения в подготовке рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

Оценочный лист

Контроль знаний проводится преподавателем на каждом этапе на протяжении
всего занятия

№	Ф.И.О.	Фронтальный опрос	Заполнение таблицы	Деловая игра	Тестовые задания	Итог
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

Список литературы

1. Сагова Д.И., Медведева П.С., Степанова А.В., Халтурина Е.О. Актуальность нерешенной проблемы кори // Материалы XII Международной студенческой научной конференции «Студенческий научный форум» URL: <https://scienceforum.ru/2020/article/2018020442> (дата обращения:28.11.2021).

2. Порывкина, А. А. Деловая игра как метод интерактивного обучения на уроках обществознания в образовательных учреждениях СПО / А. А. Порывкина. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2015. - № 3 (83). – С. 841-844. – URL: <https://moluch.ru/archive/83/15251/> (дата обращения: 28.11.2021).

3. Сестринский уход в педиатрии: учебное пособие/В.Д.Тульчинская. - Ростов н/Д: Феникс, 2020.

4. <https://fmza.ru/>

Деловая игра

1. Предложенная ситуация.

Участковая медицинская сестра находится на вызове вместе с врачом. Болен ребенок 3 лет, который посещает детское дошкольное учреждение. Ребенок не вакцинирован против кори по медицинским показаниям.

Мать предъявляет жалобы: 3 дня назад у ребенка повысилась t до $38,5^{\circ}C$, появились головная боль, слабость, нарушение сна, снижение аппетита; выделения из носа, сухой кашель; покраснение век, гнойное отделяемое из глаз; тошнота, жидкий стул; затем t повысилась до $39^{\circ}C$, появилась сыпь (сначала на лице, затем на туловище, сегодня на конечностях).

При осмотре: t $39^{\circ}C$, состояние средней степени тяжести, ребенок вялый; на коже пятнисто-папулезная сыпь ярко-красной окраски, склонная к слиянию, появившаяся поэтапно в 3 дня (лицо-туловище-конечности). В зеве гиперемия, на слизистой оболочки щек, напротив малых коренных зубов отмечаются беловатые точки, окруженные венчиком гиперемии. Веки обоих глаз гиперемированы, отечны, конъюнктивита гиперемирована, серозно-гнойное отделяемое. Частота сердечных сокращений 90 в минуту, тоны ритмичные, приглушены; частота дыхательных движений 25 в минуту, дыхание везикулярное, перкуторно – легочной звук. Живот умеренно вздут, безболезненный при пальпации, стул жидкий, диурез без особенностей.

Предположительный диагноз: Корь, средняя степень тяжести.

Мама отказывается от госпитализации, уверяет, что она сама справится с лечением и уходом за ребенком.

Роли: участковая медицинская сестра, медицинская сестра приемного отделения инфекционной больницы, постовая медицинская сестра, процедурная медицинская сестра, наблюдатели-эксперты.

2. Задания.

Распределить роли самостоятельно.

Участковая медицинская сестра:

- провести беседу с мамой о возможных осложнениях и необходимости госпитализации ребенка.

Медицинская сестра приемного отделения инфекционной больницы:

- провести осмотр пациента, определить неотложное состояние, составить алгоритм неотложной помощи;
- провести термометрию.

Постовая медицинская сестра:

- организовать сестринский уход за больным ребенком.
- продемонстрировать технику влажного обертывания.

Процедурная медицинская сестра:

- продемонстрировать проведение на муляже технику забора крови для серологического исследования при помощи вакуумной системы.

Наблюдатели-эксперты:

- зафиксировать ошибки, дать рекомендации по их устранению.

Эталон ответа

Участковая медицинская сестра проводит беседу с матерью о возможных осложнениях и необходимости госпитализации ребенка (таблица 1).

Таблица 1. Беседа с матерью.

ПЛАН	ОБОСНОВАНИЕ
1. Информировать маму о причинах развития, клинических проявлениях кори	Обеспечивается право пациента и родственников на информацию
2. Информировать маму о возможном развитии осложнений таких как: пневмонии, отиты, стоматиты, энцефалит, менингит	Обеспечивается право пациента и родственников на информацию

3. Учитывая ранний возраст ребенка и его состояние рекомендовать госпитализацию в инфекционную больницу.	Предупреждение развития осложнений.
4. Информировать о необходимости изоляции больного до 5-го дня от начала высыпаний	Предупреждение распространения инфекции

После проведенной беседы, мама дала согласие на госпитализацию. Бригадой «Скорой медицинской помощи» ребенок вместе с мамой доставлены в приемное отделение инфекционной больницы.

Цель достигнута.

После осмотра ребенка *медицинская сестра приемного отделения* определила неотложное состояние – лихорадка. Составила алгоритм помощи (таблица 2) [3].

Таблица 2. Помощь при лихорадке.

ПЛАН	ОБОСНОВАНИЕ
1. Уложить ребенка в постель (особого положения не требуется). 2. Расстегнуть стесняющую одежду. 3. Обеспечить доступ свежего воздуха (попросить открыть окно). 4. Определить тип гипертермии (белая или красная): - если ребенок бледный, холодный на ощупь, у него белая гипертермия – перевести в красную (согреть грелками либо ввести но-шпу или	1. Повышение температуры – это симптом интоксикации. 2. Улучшается доступ кислорода. 3. На каждый градус повышения температуры тела расходуется кислород – гипоксия – могут возникнуть фебрильный судороги. 4. Белая гипертермия связана со спазмом периферических сосудов, который значительно нарушает процесс теплоотдачи.

<p>папаверин, которые являются спазмолитиками);</p> <p>Если кожные покровы ребенка гиперемированы, он горячий на ощупь – это красная гипертермия – перейти к следующему пункту алгоритма.</p> <p>5. Обеспечить обильное питье, физические методы охлаждения (охлаждение с помощью льда или влажное обертывание)</p>	<p>5. Обеспечение детоксикации и теплоотдачи.</p>
<p>При температуре 38,0⁰ С и выше:</p> <p>6. По назначению врача применить жаропонижающие средства: или парацетамол, или нурофен, или литическая смесь (анальгин + супрастин).</p> <p>При температуре 39,0⁰ С и выше:</p> <p>7. Провести кислородотерапию (обеспечить централизованную подачу кислорода через маску или носовые катетеры).</p>	<p>6. Лихорадка – защитная реакция, повышающая иммунный ответ – не стоит ее подавлять при невысоких показателях температуры, которые незначительно нарушают самочувствие ребенка.</p> <p>7. Профилактика фебрильных судорог.</p>
<p>8. Через 20-30 минут от начала проведения мероприятий вызвать мочеиспускание у ребенка (в зависимости от возраста ребенка вызвать мочеиспускание рефлекторно или предложить ребенку сходить в туалет).</p>	<p>8. Обеспечивается выведение токсинов из организма.</p>

9. Через 30-60 минут повторить термометрию.	9. Контроль эффективности мероприятий (температура должна снизиться на 0,2-0,3 ⁰ С).
---	---

Медицинская сестра приемного отделения демонстрирует манипуляцию в соответствии с алгоритмом действий [4].

Проведение термометрии

Оборудование и оснащение для практического навыка

1. Емкость для дезинфекции термометров.
2. Манекен улучшенный годовалого ребенка для отработки навыков ухода.
3. Медицинский термометр (ртутный).
4. Пеленальный стол.
5. Пеленка одноразовая впитывающая 40х60 см.
6. Бумажная одноразовая салфетка.
7. Письменный стол.
8. Стул.

9. Формы медицинской документации: медицинская карта стационарного больного, температурный лист.

10. Шариковая ручка.

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления
	Подготовка к процедуре	
1.	Установить контакт с матерью ребенка: (поздороваться, представиться, обозначить свою роль).	Сказать «Здравствуйте, меня зовут (ФИО), я фельдшер/медицинская сестра».
2.	Попросить мать ребенка	Сказать «Представьтесь, пожалуйста».

	представиться и назвать данные ребенка.	Как я могу к Вам обращаться?» «Назовите ФИ Вашего ребенка».
3.	Сверить ФИО ребенка с медицинской документацией.	Сказать «Пациент идентифицирован в соответствии с медицинской документацией».
4.	Сообщить матери ребенка о назначении врача.	Сказать «Вам назначено врачом проведение термометрии».
5.	Убедиться в наличии у матери добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру.	Сказать «Вы согласны на проведение данной процедуры?» Ответ: «Мама ребенка согласна на проведение данной процедуры».
6.	Объяснить ход и цель процедуры.	Сказать «Врачом назначено измерение температуры тела в паховой складке в течение 10 минут с помощью ртутного термометра, чтобы установить её значение. Для этого необходимо разместить ребенка в положение лежа на пеленальном столе, обнажив ножки».
7.	Накрыть поверхность пеленального стола одноразовой пленкой.	Выполнить/Сказать «Покрываю поверхность пеленального стола одноразовой пленкой».
8.	Предложить маме ребенка уложить его на спину на пеленальном столе, и снять одежду с ножек для доступа к паховой области. доступа к паховой области	Сказать «Разместите ребенка на пеленальном столе и освободите от одежды ножки».
9.	Проверить целостность чистого	Выполнить

	сухого термометра.	
10.	Обработать руки гигиеническим способом.	Сказать «Обрабатываю руки гигиеническим способом».
	Выполнение процедуры	
11.	Осмотреть паховую складку на наличие покраснений, раздражений или воспалительного процесса.	Сказать «При осмотре паховой складки покраснений, раздражений или воспалительного процесса не выявлено».
12.	При необходимости вытереть насухо одноразовой бумажной салфеткой.	Выполнить/Сказать «При необходимости вытираю насухо кожу паховой области одноразовой бумажной салфеткой».
13.	Резко стряхнуть ртутный термометр сверху вниз так, чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар.	Выполнить/Сказать «Встряхиваю термометр сверху вниз».
14.	Предложить маме ребенка согнуть ножку в тазобедренном суставе.	Сказать «Согните ножку ребенка в тазобедренном суставе».
15.	Расположить термометр в паховой складке ребенка так, чтобы ртутный резервуар со всех сторон плотно соприкасался с телом пациента.	Выполнить/Сказать «Ртутный резервуар термометра помещаю в паховую складку так, чтобы со всех сторон плотно соприкасался с телом пациента».
16.	Накрыть ножки ребенка одноразовой пленкой.	Выполнить
17.	Оставить термометр в паховой складке не менее чем на 10 мин, при этом информировать маму о	Сказать «Удерживайте ребенка с согнутой ножкой в течение 10 мин».

	том, что она должна удерживать ребенка.	
18.	По истечении времени измерения температуры снять пеленку.	Выполнить/ Сказать «Снимаю пеленку с ножек ребенка».
19.	Поместить пеленку в емкость с отходами класса «Б».	Выполнить
20.	Предложить матери ребенка разогнуть ножку ребенка, проводя одновременно извлечение термометра.	Выполнить/ Сказать «Разогните, пожалуйста, ножку ребенка».
21.	Произвести считывание показаний термометра, держа его на уровне глаз.	Выполнить/ Сказать «Определяю значения температуры тела по шкале термометра».
22.	Сообщить матери ребенка результаты измерения температуры тела.	Сказать «Температуры тела составляет _____, что соответствует норме».
23.	Уточнить у матери о самочувствии ребенка.	Сказать «Как чувствует себя ребенок?» Ответ: «Ребенок чувствует себя удовлетворительно».
24.	Предложить маме одеть ребенка.	Сказать «Процедура завершена. Вы можете одеть ребенка».
Завершение процедуры		
25.	Встряхнуть термометр сверху вниз так, чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар ниже +35°C.	Выполнить
26.	Поместить термометр в емкость для дезинфекции.	Выполнить
27.	Снять пеленку с пеленального	Сказать «Снимаю пеленку методом

	стола методом скручивания.	скручивания».
28.	Поместить пеленку в емкость с отходами класса «Б».	Сказать «Помещаю пеленку в емкость с отходами класса «Б».
29.	Обработать руки гигиеническим способом.	Сказать «Обрабатываю руки гигиеническим способом».
30.	Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.	Выполнить

Постовая медицинская сестра организует уход за ребенком [3].

ПЛАН СЕСТРИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	ОБОСНОВАНИЕ
<p>1. Информировать пациента и его родственников о заболевании: Рассказать пациенту и его родственникам о причинах, клинике, возможном прогнозе данного заболевания.</p>	<p>Обеспечивается право пациента и родственников на информацию. Ребенок и его родственники понимают целесообразность выполнения всех мероприятий ухода.</p>
<p>2. Нормализовать t ребенка: Обильно поить ребенка (при t 37,-37,5). Добавить проведение физического охлаждения (при t 37,5-38). Добавить энтеральное введение жаропонижающих средств в дозе назначенной врачом (при t 38 и выше). Ввести литическую смесь (анальгин, димедрол,</p>	<p>Для снижения интоксикации, улучшения состояния.</p>

<p>папаверин) в дозе назначенной врачом (при неэффективности предыдущих мероприятий).</p>	
<p>3. Проводить гигиенические мероприятия с учетом заболевания:</p> <p>Проводить полоскания зева, промывание глаз антисептическими растворами, промывание носа физиологическим раствором.</p> <p>Проводить ежедневные щадящие гигиенические ванны.</p> <p>Следить за чистотой постельного и нательного белья, использовать белье из натуральных тканей.</p>	<p>В связи с катаральными явлениями, конъюнктивитом.</p> <p>Предупреждается травмирование и инфицирование поврежденных участков кожи.</p>
<p>4. Контролировать двигательную активность ребенка:</p> <p>Изолировать ребенка.</p> <p>Организовать ребенку в острый период постельный режим с его постепенным расширением по мере улучшения состояния.</p>	<p>Предупреждается более тяжелое течение заболевания .</p>
<p>5. Ограничить физические и эмоциональные нагрузки:</p> <p>Следить за соблюдением режима дня ребенка.</p> <p>Организовать полноценный дневной отдых.</p> <p>Организовать спокойную обстановку в палате и следить за эмоциональным состоянием ребенка.</p>	<p>Предупреждается более тяжелое течение заболевания.</p>
<p>6. Организовать питание ребенка с учетом заболевания:</p> <p>Кормить дробно (малыми порциями часто).</p> <p>Механически, химически, термически щадящая пища.</p> <p>Вводить в рацион витаминизированную пищу.</p>	<p>Снижается нагрузка на ЖКТ.</p> <p>Не вызывает раздражения зева, слизистой ЖКТ.</p>

Обильно поить ребенка.	В связи с угнетением иммунитета. Уменьшается интоксикация.
7. Оберегать от сопутствующих заболеваний: Следить, чтобы не было сквозняков. Следить за температурой в палате (18-20°). Ограничить посещение родственников и знакомых. Организовать масочный режим при контакте с больным, соблюдение «дисциплины кашля».	В связи со сниженным иммунитетом больного ребенка. Предупреждается воздушно-капельный путь передачи вируса кори.

Постовая медицинская сестра демонстрирует манипуляцию в соответствии с алгоритмом действий [3].

Влажное обертывание

Цель: добиться снижения температуры путем теплоотдачи.

Оснащение:

лоток с водой 25-30⁰ С; одноразовые пеленки; медицинский термометр; медицинские нестерильные перчатки, пакет для отходов класса Б, емкость для отходов класса Б, контейнер с дезинфицирующим раствором.

Обязательное условие: проводить только при красной гипертермии.

№п/п	Перечень практических действий	Форма представления
Подготовка к процедуре		
1	Установить контакт с матерью ребенка: (поздороваться,	Сказать «Здравствуйте. Я медицинская сестра (фельдшер). Меня зовут_____».

	представиться, обозначить свою роль).	
2	Попросить мать ребенка представиться и назвать данные ребенка.	Сказать «Представьтесь, пожалуйста. Назовите ФИ Вашего ребенка».
3	Сверить ФИО ребенка с медицинской документацией.	Сказать «Пациент идентифицирован».
4	Сообщить пациенту о назначении врача.	Сказать «Я проведу влажное обертывание Вашему ребенку».
5	Объяснить цель и ход процедуры.	Сказать «Процедура проводится для снижения температуры тела, только при красной гипертермии».
6	Получить добровольное информированное согласие.	Сказать «Вы согласны на проведение данной процедуры?» Родитель/ законный представитель пациента согласен на проведение процедуры.
7	Обработать руки гигиеническим способом.	Сказать «Обрабатываю руки гигиеническим способом».
8	Надеть нестерильные медицинские перчатки.	Выполнить.
9	Подготовить ребенка к охлаждению: максимально раздеть ребенка, уложить на ровную поверхность.	Выполнить/Сказать «Разденьте, пожалуйста, ребенка и уложите на ровную поверхность».
10	Осмотреть кожные покровы ребенка.	Сказать «Повреждений кожных покровов нет».
	Выполнение процедуры	
11	Свернуть пеленку в виде гармошки и погрузить ее в	Выполнить.

	лоток с водой, отжать, разложить на ровной поверхности.	
12	Уложить ребенка на пеленку так, чтобы можно было укрыть ею все тело, а верхний край пеленки находился на уровне мочки уха.	Выполнить/Сказать «Укладываю ребенка на пеленку так, чтобы можно было укрыть ею все тело, а верхний край пеленки находился на уровне мочки уха».
13	Руки ребенка поднять вверх и одним краем пеленки прикрыть грудную клетку, живот ребенка, проложить ее между ногами ребенка.	Выполнить/Сказать «Руки ребенка необходимо поднять вверх и одним краем пеленки прикрыть грудную клетку, живот ребенка, проложить ее между ногами ребенка».
14	Опустить руки ребенка и прижать их к туловищу, обернув другим краем пеленки.	Выполнить/Сказать «Опустить руки ребенка и прижать их к туловищу, обернув другим краем пеленки».
15	Обеспечить проведение охлаждения в течение 30-60 минут.	Сказать «Охлаждение проводится в течение 30-60 минут».
16	В течение данного времени менять пеленки по мере их нагревания. Утилизировать их в отходы класса Б.	Сказать «Пеленки необходимо менять в течение данного времени по мере их нагревания. Использованные пеленки утилизировать в отходы класса Б».
17	Через 30-60 минут развернуть ребенка.	Выполнить/Сказать «Через 30-60 минут разворачиваю ребенка».
18	Пеленку утилизировать в отходы класса Б.	Выполнить.

19	Измерить температуру тела.	Сказать «Измеряю температуру тела, она должна снизиться на 0,2-0,3 градуса».
Завершение процедуры		
20	Термометр поместить в контейнер с дезинфектантом.	Сказать «Термометр помещаю в контейнер с дезинфектантом».
21	Вылить воду из лотка.	Сказать «Выливаю воду из лотка».
22	Лоток поместить в контейнер с дезинфектантом.	Выполнить.
23	Обработать рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками двукратно с интервалом 15 минут методом протирания.	Сказать «Обрабатываю рабочую поверхность манипуляционного стола дезинфицирующими салфетками методом протирания двукратно с интервалом 15 минут».
24	Салфетки поместить в емкость для медицинских отходов класса Б.	Сказать «Салфетки помещаю в емкость для медицинских отходов класса Б».
25	Снять перчатки, поместить в отходы класса Б.	Выполнить.
26	Обработать руки гигиеническим способом.	Сказать «Обрабатываю руки при помощи кожного антисептика. Не сушить. Дожидаюсь полного высыхания кожного антисептика».
27	Узнать о самочувствии пациента.	Сказать «Как себя чувствует Ваш ребенок? Пациент чувствует себя удовлетворительно»
28	Сделать запись о результатах выполнения в медицинской	Выполнить.

После проведенных мероприятий температура тела снизилась.

Процедурная медицинская сестра демонстрирует манипуляцию в соответствии с алгоритмом действий [4].

**Взятие крови из периферической вены с помощью вакуумной системы
Оборудование и оснащение для практического навыка:**

1. Вакуумная система для забора венозной крови.
2. Ёмкость-контейнер для сбора острых отходов класса «Б» с иглосъемником.
3. Ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «А».
4. Ёмкость-контейнер с педалью для медицинских отходов класса «Б».
5. Жгут венозный.
6. Кушетка медицинская.
7. Манипуляционный стол.
8. Маркер/карандаш по стеклу.
9. Маска для лица 3-х слойная медицинская одноразовая нестерильная.
10. Очки защитные медицинские.
11. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «А» любого цвета, кроме желтого и красного.
12. Пакет для утилизации медицинских отходов класса «Б» желтого цвета.
13. Перчатки медицинские нестерильные.
14. Письменный стол.
15. Подушка из влагостойкого материала.
16. Пробирка для взятия крови вакуумной системой.
17. Салфетка с антисептиком одноразовая 3 шт.
18. Салфетка тканевая под жгут.
19. Стул.
20. Укладка экстренной профилактики парентеральной инфекции.

21. Фантом верхней конечности для внутривенной инъекции.
22. Формы медицинской документации: лист назначения.
23. Шариковая ручка.
24. Штатив для пробирок на несколько гнезд.

№ п/п	Перечень практических действий	Форма представления
Подготовка к проведению процедуры		
1.	Установить контакт с матерью ребенка: (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	Выполнить /Сказать «Здравствуйте, я медицинская сестра (фельдшер), меня зовут _____ (указать ФИО)
2.	Попросить мать ребенка представиться и назвать данные ребенка, предъявить направление на процедуру	Сказать «Представьтесь, пожалуйста». Как я могу к Вам обращаться? Назовите ФИ Вашего ребенка. Предоставьте направление на взятие крови из вены, пожалуйста»
3.	Сверить ФИО ребенка с медицинской документацией	Сказать «Пациент идентифицирован в соответствии с медицинской документацией»
4.	Сообщить пациенту о назначении врача	Сказать « Вашему ребенку врачом назначено взятие крови из периферической вены с помощью вакуумной системы»
5.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	Сказать «Вы согласны на проведение данной процедуры?» «Родитель пациента согласен на проведение данной процедуры»
6.	Объяснить ход и цель процедуры	Сказать «По назначению врача, для

		<p>проведения обследования я возьму кровь из вены у Вашего ребенка.</p> <p>Манипуляция проводится в положении сидя или лежа на спине в области локтевого сгиба. В ходе манипуляции рука ребенка должна находиться на твердой поверхности, быть вытянута и наклонена немного вниз, так чтобы плечо и предплечье образовывали прямую линию»</p>
7.	Уточнить у матери о соблюдении назначенных ограничений и правил подготовки к процедуре	<p>Сказать «Соблюдали ли Вы назначенные врачом ограничения и правила подготовки к процедуре - взятие крови из вены проводится натощак, до приема пищи. За полчаса до процедуры возможен прием воды не более 100 мл». «Ребенок соблюдал назначенные ограничения и правила подготовки к процедуре»</p>
8.	Предложить маме сесть, удерживая ребенка на коленях (ребенка старшего возраста усадить на стул)	<p>Сказать «Садитесь на стул, примите удобное положение». В ходе манипуляции рука пациента должна находиться на твердой поверхности, быть вытянута и наклонена немного вниз, так чтобы плечо и предплечье образовывали прямую линию»</p>
9.	Проверить целостность упаковки вакуумной системы	<p>Выполнить/Сказать « Упаковка вакуумной системы не нарушена»</p>
10.	Проверить срок годности	<p>Выполнить/Сказать « Срок годности</p>

	вакуумной системы	упаковки вакуумной системы не истек»
11.	Проверить герметичность салфеток с антисептиком	Выполнить/Сказать « Упаковка одноразовых салфеток с антисептиком не нарушена»
12.	Проверить срок годности салфеток с антисептиком	Выполнить/Сказать « Срок годности одноразовых салфеток с антисептиком не истек»
13.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать « Обрабатываю руки гигиеническим способом кожным антисептиком»
14.	Открыть упаковку вакуумной системы, извлечь иглу и держатель	Выполнить
15.	Взять иглу вакуумной системы одной рукой за цветной колпачок	Выполнить/Сказать «Беру иглу одной рукой за цветной колпачок»
16.	Другой рукой снять короткий защитный колпачок с резиновой мембраны	Выполнить/Сказать «Другой рукой снимаю короткий защитный колпачок (серого цвета) с резиновой мембраны»
17.	Вставить освободившийся конец иглы с резиновой мембраной в держатель и завинтить до упора	Выполнить/Сказать «Освободившийся конец иглы с резиновой мембраной ввожу в держатель и завинчиваю до упора»
18.	Положить вакуумную систему для забора крови в собранном виде на манипуляционный стол	Выполнить
19.	Поместить упаковку от вакуумной системы в емкость для медицинских отходов класса А	Выполнить
20.	Надеть средства защиты (маску	Выполнить

	одноразовую)	
21.	Надеть очки защитные медицинские	Выполнить
22.	Надеть нестерильные перчатки	Выполнить
Выполнение процедуры		
23.	Вскрыть поочередно 3 стерильные упаковки салфеток с антисептиком	Выполнить
24.	Попросить маму ребенка освободить от одежды локтевой сгиб его руки	Сказать « Освободите руку ребенка от одежды»
25.	Подложить под локоть пациента влагостойкую подушечку	Выполнить/Сказать «Подкладываю под руку ребенка влагостойкую подушку»
26.	Наложить венозный жгут в средней трети плеча на одежду или одноразовую салфетку	Выполнить
27.	Определить пульсацию на лучевой артерии	Выполнить/Сказать «Пульс на лучевой артерии определяется»
28.	Попросить маму ребенка сжать ему кулак	Сказать «Сожмите, пожалуйста, ребенку руку в кулак. Не рекомендуется задавать для руки нагрузку «сжать - разжать кулак», что приводит к изменению концентрации в картине крови некоторых показателей»
29.	Пропальпировать и осмотреть предполагаемое место венепункции	Выполнить
30.	Обработать место венепункции (большую площадь) салфеткой с	Выполнить

	антисептиком в одном направлении	
31.	Обработать место венопункции новой салфеткой с антисептиком в одном направлении	Выполнить/Сказать «После обработки места инъекции салфетками с антисептиком жду полного высыхания»
32.	Использованные салфетки с антисептиком поместить в емкость для отходов класса Б	Выполнить
33.	Взять в доминантную руку вакуумную систему и снять цветной защитный колпачок с иглы	Выполнить
34.	Сбросить защитный колпачок от иглы в емкость для медицинских отходов класса А	Выполнить
35.	Попросить маму удерживать руку ребенка для проведения венопункции	Сказать «Прошу Вас удерживайте руку ребенка во время взятия крови»
36.	Натянуть свободной рукой кожу пациента на руке на расстоянии примерно 5 см ниже места венопункции по направлению к периферии, фиксируя вену	Выполнить
37.	Пунктировать локтевую вену «одномоментно» или «двухмоментно» под углом 10-15° (почти параллельно коже), держа иглу срезом вверх	Выполнить
38.	Ввести иглу не более чем на 1/2 длины	Выполнить

39.	Взять не доминантной рукой необходимую пробирку и вставить крышкой в держатель до упора	Выполнить/Сказать «Вставляю пробирку крышкой до упора»
40.	Развязать/ослабить жгут на плече пациента с момента поступления крови в пробирку	Выполнить
41.	Попросить маму ребенка разжать ему кулак	Сказать «Разожмите, пожалуйста, ребенку руку»
42.	Набрать нужное количество крови в пробирку	Выполнить/Сказать «Набираю необходимое количество крови в пробирку»
43.	Отсоединить пробирку от иглы	Выполнить
44.	Поставить пробирку в штатив	Выполнить
45.	Взять в руку салфетку с антисептиком, прижать ее к месту венепункции	Выполнить
46.	Извлечь вакуумную систему из вены	Выполнить
47.	Попросить маму пациента держать салфетку с антисептиком у места венепункции 5-7 минут, прижимая большим пальцем руки	Сказать «Пожалуйста, держите салфетку с антисептиком у места венепункции 5-7 минут, прижимая большим пальцем руки»
48.	Сбросить вакуумную систему в ёмкость- контейнер для сбора острых отходов класса «Б» с иглосъемником	Выполнить
49.	Перевернуть (аккуратно) пробирку 5-6 раз	Выполнить/Сказать «Очень аккуратно переворачиваем пробирку 5-6 раз для смешивания пробы крови с

		наполнителем»
50.	Сбросить упаковку от салфетки в емкость для медицинских отходов класса А	Выполнить
51.	Убедиться (через 5-7 минут) в отсутствии наружного кровотечения в области венепункции	Сказать «Через 5-7 минут наружное кровотечение в области венепункции отсутствует»
52.	Поместить салфетку с антисептиком, использованную при инъекции, в емкость для медицинских отходов класса Б	Выполнить
Завершение процедуры		
53.	Снять перчатки	Выполнить
54.	Поместить перчатки в емкость для отходов класса Б	Выполнить
55.	Снять очки	Выполнить
56.	Поместить очки в емкость для отходов класса Б	Выполнить
57.	Снять маску	Выполнить
58.	Поместить маску в емкость для отходов класса «Б»	Выполнить
59.	Обработать руки гигиеническим способом	Сказать «Обрабатываю руки гигиеническим способом»
60.	Узнать у мамы ребенка о его самочувствии	Сказать « Как себя чувствует Ваш ребенок, все ли в порядке?» Ответ: «Ребенок чувствует себя хорошо»
61.	Промаркировать пробирку	Сказать «Маркирую пробирку»

62.	Сделать соответствующую запись о результатах процедуры в журнал учета процедур	Сказать «Делаю запись о результатах процедуры в журнал учета процедур»
-----	--	--

Цель достигнута.

Наблюдатели-эксперты фиксируют ошибки и дают рекомендации по их устранению.

Салпагаров Борисбий Харшимович

РГБОУ « Карачаево- Черкесский медицинский колледж»

Министерство здравоохранения Карачаево - Черкеской Республики

РГБОУ « Карачаево- Черкесский медицинский колледж»

Методическая разработка

**практического занятия для самоподготовки обучающихся по теме: «Лёгкая
атлетика»**

Фрагмент

УД «Физическая культура»

Курс: 2

Специальность:

«Сестринское дело»

г.Черкесск,2021 г

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Методическая разработка подготовлена преподавателем физической культуры Салпагаровым Борисбием Харшимовичем.

Представленная методическая разработка соответствует новым педагогическим технологиям обучения и воспитания. Методическая разработка структурирована в соответствии с требованиями к данному виду работы: актуализация темы, мотивация для студентов, список литературы, материально-техническое обеспечение, информационный блок, блок самоконтроля. Работу можно использовать, как основу в подготовке методических разработок по учебной дисциплине.

Общеизвестно, что основной формой физического воспитания студентов средних и высших специальных заведений является урок физической культуры. Содержание методической разработки соответствует задаче реализации государственных требований к минимуму содержания и уровню подготовки студентов средних профессиональных учебных заведений по специальностям: «Сестринское дело».

Практический раздел реализуется в виде упражнений, проводимых и направленных для формирования у обучающихся новых двигательных навыков, развития основных физических качеств, улучшения морфо - функциональных показателей и укрепления здоровья.

Отмечено наличие инструкции по охране труда при проведении самоподготовки.

В данной работе проявилось мастерство, педагогический опыт преподавателя, умение видеть главное в освоении предмета «Физическая культура». В целом, данная разработка может быть рекомендована для самоподготовки студентов по дисциплине «Физическая культура».

Содержание

1. Методический блок:	
1.1.Обращение к обучающимся.....	
1.2. Мотивация изучения темы	
1.3. Цели обучения	
2. Информационный блок:.....	
2.1.Список сокращений и условных обозначений	
2.2. Структура теоретической части:	
3. Вопросы для самоконтроля.	
4. Домашнее задание.....	
5. Список литературы.....	
6.Приложения.....	

1.Методический блок

Уважаемый студент!

В предлагаемой методической разработке реализуется положение о базовых элементах техники бега, прыжков, метания. Весь учебный материал в пособии изложен последовательно, что дает возможность овладеть и совершенствовать изучаемые виды. Легкая атлетика занимает большое место в программе по физическому воспитанию. Она объединяет такие физические упражнения, как бег, прыжки, метание (состоящие из различного вида бега, прыжков, и метаний). Бег занимает центральное место в легкой атлетике. С помощью систематической тренировки в беге можно добиться развития таких важных качеств, как быстрота, выносливость и др. На занятиях по физической культуре у Вас систематизируются знания о технике спортивных движений, способа двигательных задач. Образовательные задачи будут решаться успешнее

в том случае, когда будет рассмотрено двигательное действие, кинематика и динамика частей движения. Необходимым элементом самоподготовки является изучение, закрепление и совершенствование техники основных легкоатлетических видов.

Для Вас существуют следующие основные виды: бег на короткие дистанции(100м. и 400м.), бег на средние дистанции (от 500м. до 1000м.), бег на длинные дистанции (2000м.,3000м.) по пересеченной местности, эстафетный бег, прыжок в длину способом “согнув ноги”.

Изучив данный материал, Вам будет легче самостоятельно отработать элементы бега на короткие дистанции.

##

1.1. Бег на короткие дистанции.

Бег на короткие дистанции по интенсивности нервно-мышечного напряжения и кратковременности работы является типичным упражнением на быстроту. Правильная техника бега характеризуется мощным задним толчком, эффективным углом выноса маховой ноги и отсутствием тормозных усилий при постановке ее на опору несколько впереди линии общего центра тяжести тела. При этом туловище принимает прямое или несколько наклонное положение, а руки совершают быстрые и экономные движения. Все указанное выше позволяет бегуну преодолевать дистанцию свободно и непринужденно на высокой скорости.

На занятии по самоподготовке с техникой бега связаны и другие двигательные действия – прыжки в длину и в высоту с разбега, метание гранаты с разбега, подвижные игры и эстафеты. Поэтому в первую очередь необходимо решать задачи обучения технике бега.

##

Заключение.

Методическая разработка написана в соответствии с программой курса по легкой атлетике. Легкая атлетика – вид спорта, объединяющий упражнения в ходьбе, беге, прыжках, метаниях и составленных из этих видов многоборьях. В учебном заведении легкая атлетика является составной частью учебных программ физического воспитания учащихся образовательных учреждений различного типа.

Специалистов физической культуры привлекает разностороннее воздействие двигательной деятельности в легкой атлетике на организм занимающихся, на повышение их функциональных возможностей и на комплексное развитие физических качеств. Легкоатлетические упражнения оказывают весьма разностороннее влияние на организм человека. Они развивают силу, быстроту, выносливость, улучшают подвижность в суставах, позволяют приобрести широкий круг двигательных навыков, способствуют воспитанию волевых качеств. Учебно-воспитательный процесс во время самоподготовки дает возможность активно воздействовать на нравственность, воспитывать этику поведения, нравственные качества.

Вопросы физического развития, овладение разнообразными двигательными навыками и вопросы воспитания личности решаются в системе оздоровительных, образовательных и воспитательных задач. Эти задачи отражаются в методических рекомендациях, основные задачи могут дополняться частными задачами, которые их конкретизируют и уточняют.

Список литературы:

1. Белова, Л. В. Здоровьесберегающие технологии в системе профессионального образования: учебное пособие / Л. В. Белова. — Ставрополь : СКФУ, 2015. — 93 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система.

2. Спортивная морфология : учебное пособие / составители М. А. Попова [и др.]. — Сургут : СурГПУ, 2016. — 132 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система.
3. Психология взаимодействия в спорте : учебно-методическое пособие / В. Н. Смоленцева, Ю. А. Мироненко, В. А. Блинов, Н. А. Шакина ; под редакцией В. Н. Смоленцевой. — Омск : СибГУФК, 2015.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ЗАНЯТИЯ

**Тема: Применение автоматизированных систем управления в
медицине. КСАМУ.**

УЧЕБНО - МЕТОДИЧЕСКАЯ КАРТА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ.

Цели:

1. Образовательные:

- Научить студентов работать с автоматизированными системами управления в медицине;
- Объяснить принцип работы программы КСАМУ;
- Изучить основы работы модуля «Приемный покой» программы КСАМУ.

2. Развивающие:

- сформировать у студентов умения оформить пациента в модуле «Приемный покой» по готовым шаблонам;
- сформировать и развить информационную, коммуникационную, социально-трудовую компетенции;
- развить умение применять полученные знания на практике.

3. Воспитательные:

- способствовать воспитанию компетенции личного самосовершенствования;
- воспитать чувства ответственности за своё дело, чувства сотрудничества, уважительного отношения друг к другу;
- способствовать развитию самостоятельности, творческого мышления, эстетического вкуса.

Форма урока: систематизация и обобщение знаний; практическое занятие; проектная деятельность.

Форма организации учебной деятельности: самостоятельная работа за компьютером под руководством преподавателя с помощью методических рекомендаций.

Технологии обучения:

- ✓ *информационные* - процессы подготовки и передачи информации обучающему, средством осуществления которых является компьютер;
- ✓ *проблемно- развивающие* - организация учебных занятий, которая предполагает создание проблемных ситуаций и активную самостоятельную деятельность учащихся по их разрешению;
- ✓ *коллективное взаимообучение* - организация занятий, при которой обучение осуществляется путем общения в динамических парах, когда каждый учит каждого;
- ✓ *игровые технологии* - это форма учебного процесса в условных ситуациях, направленная на воссоздание и усвоение общественного опыта во всех его проявлениях: знаниях, навыках, умениях, эмоционально - оценочной деятельности;
- ✓ *различные методы контроля уровня знаний* - опрос, выполнение самостоятельных заданий на компьютере.

Техническое оснащение занятия:

1. *интерактивная доска, средства мультимедиа;*
2. *персональные компьютеры студентов с необходимым программным обеспечением.*

Дидактические средства обучения:

1. Шаблон «История болезни пациента»;
2. Электронная презентация MS PowerPoint на экране;
3. Методические рекомендации: «Работа в модуле Приемный покой»;
4. Методическая разработка по теме: «Применение автоматизированных систем управления в медицине. КСАМУ».

**ПЛАН ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ПО ТЕМЕ:
«ПРИМЕНЕНИЕ АВТОМАТИЗИРОВАННЫХ СИСТЕМ
УПРАВЛЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ. КСАМУ».**

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ: учебная аудитория СБМК №41 «Информационные технологии» в главном корпусе.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ - 1 академический час

Структура урока:

1. Организационный момент (2 мин);
2. Подготовка к активной учебной деятельности (25 мин):
 - а) постановка учебной задачи (5 мин);
 - б) актуализация знаний (20 мин);
3. Выполнение практических заданий в модуле КСАМУ «Приемный покой» (45 мин);
4. Проверка практической работы студентов (13 мин);
5. Подведение итогов занятия (5 мин).

Ход урока:

Деятельность преподавателя	Деятельность студентов
<p>1. Организационный момент. Приветствие. Проверка внешнего вида и учет отсутствующих на занятии.</p> <p>2. Подготовка к активной учебной деятельности: ➤ постановка учебной задачи:</p> <p>Высшим уровнем внедрения современных информационных технологий в медицинскую деятельность является автоматизация управления ЛПУ и здравоохранением в целом.</p> <p>Автоматизированная система управления(АСУ) представляет собой средство сбора, обработки, накопления,</p>	<p>Приветствуют преподавателя. Готовятся к учебной деятельности.</p>

хранения и передачи медицинской информации, предназначенное для автоматизации, как управленческого процесса, так и профессиональной деятельности каждого работника медицинской сферы.

Использование АСУ позволяет добиться снижения численности управленческого аппарата, повысить эффективность и оперативность управления, освободить персонал от большого объема рутинной работы, создав условия для максимального использования его творческих способностей, в кратчайшие сроки обеспечить специалистов различных уровней необходимой информацией и решить многие иные проблемы.

На сегодняшний день отечественными и зарубежными производителями создано немало АСУ, предназначенных для использования в здравоохранении на различных уровнях: индивидуальном (для одного специалиста), учрежденческом (для управления ЛПУ), территориальном (для управления здравоохранением города, района), региональном и федеральном (для управления здравоохранением всего государства). Мы с вами работаем в КСАМУ – комплексная система автоматизированного медицинского учреждения. И на сегодняшнем занятии мы с вами продемонстрируем работу медицинской сестры в модуле «Приемный покой».

На занятиях по хирургии и терапии вы уже писали истории болезни пациентов. Вашим домашним заданием на сегодня было создание истории болезни пациента.

<p>Пожалуйста, продемонстрируйте ваши работы.</p> <p>➤ актуализация знаний:</p> <p>Перед тем, как приступить к практическому заданию, мы с вами вспомним, что представляет собой программа КСАМУ? Из каких модулей состоит?</p> <p>3. Работа в модуле «Приемный покой».</p> <p>Теперь приступим к выполнению практических заданий в программе КСАМУ, в модуле «Приемный покой».</p> <p>*Задача студентов: оформить пациента в приемном покое и отправить его на госпитализацию.</p> <p>4. Проверка самостоятельной работы студентов.</p> <p>После оформления пациента и постановки его на госпитализацию, студенты демонстрируют свои результаты самостоятельной работы в модуле «Приемный покой» на компьютере, некоторые медицинские карты распечатываются.</p> <p>5. Подведение итогов урока.</p> <ul style="list-style-type: none"> • диагностика результатов урока: <p>Ребята, мы с вами на сегодняшнем занятии вспомнили, что представляет собой программа КСАМУ; выполнили самостоятельную работу в модуле «Приемный покой»; оформили нового</p>	<p>Студенты демонстрируют готовые шаблоны с историей болезни пациентов.</p> <p>На экране проектора идет презентация с правильными ответами.</p> <p>Студенты рассаживаются за компьютеры с заранее подготовленными. Открывают программу КСАМУ, расположенную на рабочем столе компьютера. Открывают модуль «Приемный покой» и приступают к оформлению нового пациента по заранее заготовленным шаблонам</p>
---	--

<p>пациента и поставили его в очередь на госпитализацию.</p> <p>Успешного Вам профессионального самоопределения и карьерного роста! До свидания.</p>	<p>с использованием методических рекомендаций. Одна студентка садится за рабочий компьютер преподавателя, чтобы продемонстрировать работу в модуле «Приемный покой» на проекторе. Во время работы студентов за компьютерами преподаватель следит за их работой и помогает в случае возникновения вопросов.</p> <p>Преподаватель проходит с журналом и выставляет оценки, делает замечания и устраняет ошибки.</p> <p>Преподаватель определяет, достигнуты ли цели и задачи занятия.</p>
--	---

Список литературы:

1.Обмачевская С. Н. *Медицинская информатика. Курс лекций: учебное пособие для вузов / С. Н. Обмачевская. — 3-е изд., стер. — Санкт-Петербург: Лань, 2021. — 184 с.*

2.Омельченко В.П. *Практикум по медицинской информатике. – Ростов-на-Дону, 2018. – 234 с.*

3.Омельченко В.П., Демидова А.А. *Информационные технологии в профессиональной деятельности. – М.: ИГ «ГЭОТАР-Медиа», 2018. – 412 с.*

Салпагарова Индира Эреджебовна

ГБОУ « Карачаево- Черкесский медицинский колледж»

Министерство здравоохранения Карачаево - Черкеской Республики

РГБОУ « Карачаево- Черкесский медицинский колледж»

Методическая разработка

практического занятия для обучающихся

**Тема: « Сестринский процесс I этап – объективное сестринское
обследование »**

ПМ..04(05, 07)МДК 04(05,07).01 «Теория и практика сестринского дела»

Курс: 2

Специальность:

«Сестринское дело»

«Лечебное дело»

«Акушерское дело»

Разработчик:

Салпагарова Индира Эреджебовна, преподаватель - «Сестринского дела».

г.Черкесск,2021 г.

Рассмотрена и одобрена на заседании

Составлена в соответствии с

ЦМК _____

требованиями ФГОС

Протокол № _____ от _____ 20__

по специальности

Председатель ЦМК

_____ / Ф.И.О.

Разработчик:

Салпагарова Индира Эреджебовна, преподаватель - «Сестринского дела».

Рецензенты: Карымова Елена Михайловна, старший методист РГБОУ КЧМК.

РЕЦЕНЗИЯ

Методическая разработка подготовлена в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом по специальности среднего профессионального образования (далее - ФГОС СПО) по специальности:

« 34.02.01 сестринское дело», 31.02.01 «лечебное дело», 31.02.02 «акушерское дело ».

Материал разработан на основе характеристики профессиональной деятельности выпускников.

Методическая разработка по проблеме формирования умений и знаний у студентов во время практического занятия по теме: «Сестринский процесс I этап – объективное сестринское обследование» содержит современные представления о системе подготовки медицинских сестер, так как деятельность медицинской сестры складывается не только из выполнения манипуляций, но и профилактики

возможных осложнений у пациента, умения выявлять проблемы пациента, составлять план сестринского ухода, применять сестринский уход на практике. Также изложены особенности проведения общего осмотра во время сбора информации о состоянии пациента, проведении пальпации и аускультации.

Составитель: _Салпагарова Индира Эреджебовна, преподаватель высшей квалификационной категории

Рецензент: Карымова Елена Михайловна, старший методист РГБОУ КЧМК.

Содержание	стр
1. Методический блок:	
2. 1.1.Обращение к обучающимся.....	
1.2. Мотивация изучения темы	
1.3. Цели обучения	
2. Информационный блок:.....	
2.1.Список сокращений и условных обозначений	
2.2. Структура теоретической части:	
3. Обобщение и систематизация изложенного материала.....	
3.1. Контрольные вопросы	
4. Домашнее задание.....	
5. Список литературы.....	
6.Приложения.....	

1.Методический блок

Уважаемый студент!

1.1. Материал в методической разработке построен таким образом, чтобы в результате изучения темы «Сестринский процесс I этап – объективное сестринское обследование» Вы умели выявлять нарушенные потребности пациента используя основные методы обследования – субъективные, объективные, дополнительные; **знали** особенности и цель сестринского обследования. Структуру «медицинской карты стационарного больного», «температурного листа». Алгоритмы измерения артериального давления, определения пульса и его свойств, частоту дыхательных движений в норме и при патологии.

1.2.Мотивация изучения темы: «Сестринский процесс I этап – объективное сестринское обследование» важна, потому что для среднего медицинского работника метод объективного обследования (измерение температуры тела, ЧДД, пульс, АД) имеет наиболее существенное значение, так как он дает наиболее полную объективную информацию о пациенте. Поэтому будущая медсестра должна хорошо владеть этим методом исследования.

Данная тема изложена в форме информативной лекции.

1.3. Цели обучения:

- закрепление знаний по теме «Объективное сестринское обследование пациента».
- применять теоретические знания на практике;

развивающие:

Развивать умения и навыки:

- оперировать основными понятиями;
- доступно и логично излагать содержание учебного материала;
- оказывать необходимую помощь больным - общение как средство сестринской помощи и социальной поддержки;
- обосновывать свою позицию при выборе манипуляций;

- выявлять проблемы пациента связанные с нарушением со стороны органов кровообращения и органов дыхания;
- формировать практические умения необходимые медсестре при оценке функционального состояния пациента, в последующей профессиональной деятельности.
- владеть оценкой качества выполняемой работы.
- продолжить формирование общих компетенций:

воспитательные:

Способствовать воспитанию:

- профессиональной культуры;
- научного мировоззрения и интереса к изучаемому материалу;
- воспитывать чувство ответственности за восстановление здоровья больного.

После изучения темы Вы должны формировать общие и соответствующие профессиональные компетенции, знать, уметь:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать ответственность за работу членов команды (подчиненных), за

результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13 Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

Междисциплинарные связи:

- ОП 01. Основы латинского языка с медицинской терминологией
- ОП 03. Анатомия и физиология человека
- ОП.01 Основы латинского языка с медицинской терминологией
- ОП.09 Психология
- ПМ 01. « Проведение профилактических мероприятий » МДК 01.01 «Здоровый человек и его окружение»

- ПМ 02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах.
- ПМ. 04. Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными МДК 04.01. Теория и практика сестринского дела, МДК 04.02 «Безопасная среда для пациента и персонала».

2. Информационный блок.

2.1 Список сокращений

1. ЧДД - частота дыхательных движений
2. PS - пульс.
3. АД - артериальное давление.
4. t 0 - температура.
5. СМП - скорая медицинская помощь.
6. ЧСС - частота сердечных сокращений.

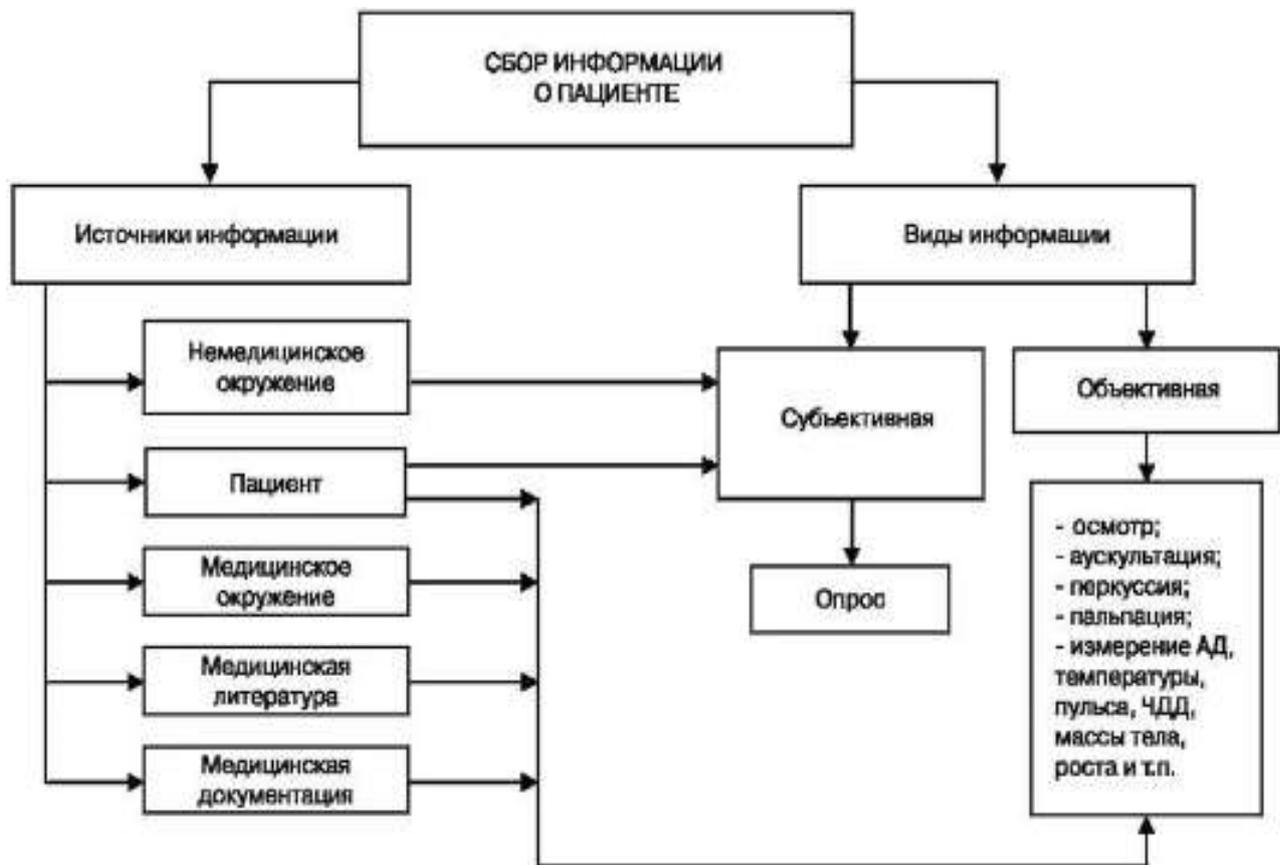
ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Для организации и осуществления качественного ухода медсестра использует сестринский процесс, который начинается с первого этапа – этапа сестринского обследования. На этом этапе медсестра собирает информацию о пациенте.

Суть этой информации заключается в том, как пациент удовлетворяет 14 основных жизненно-важных потребностей, так как основная цель ухода – это создание условий для удовлетворения этих потребностей.

Этим сестринское обследование отличается от врачебного. Врач собирает информацию о болезни, её причинах, механизме развития и так далее. Медсестра

обеспечивает пациенту качество жизни в болезни, поэтому ей необходима информация об основных жизненно важных потребностях пациента: способе их удовлетворения, удовлетворение каких потребностей нарушено, какова адаптация пациента к условиям жизни с факторами риска.



Существует 5 источников информации о пациенте:

1. Сам пациент.
2. Немедицинское окружение пациента: родственники, знакомые, соседи по палате.
3. Медицинское окружение пациента: врачи, медсёстры, бригады скорой помощи, санитарки.
4. Медицинская документация: амбулаторная карта, история болезни, результаты лабораторных и инструментальных исследований и др.

5. Специальная медицинская литература: справочники по уходу, стандарты сестринской деятельности, атлас манипуляционной техники, сестринские журналы и др.

Медсестра получает **два вида информации** о пациенте:

I Субъективная информация – оценка своего состояния самим пациентом или его немедицинским окружением.

II Объективная информация – наблюдения или измерения, проводимые лицом, собирающим информацию.

1. Субъективная информация

Для сбора субъективной информации пользуйтесь **методом интервью**.

Интервью является средством общения, вводимым с определенной целью и фокусируемом на определенной области.

Метод интервью имеет следующие цели:

- установление отношений с пациентом;
- осторожное ознакомление пациента с заболеванием;
- выработка адекватной самооценки пациента;
- определение ожидания пациента от системы медицинской помощи;
- получение ключевой информации о состоянии здоровья пациента, которая требует углубленного изучения.

Для эффективного вербального общения необходимо:

1. Говорите медленно с хорошим чистым произношением, простыми короткими фразами
2. Не злоупотребляйте специальной терминологией
3. Выбирайте скорость и темп речи
4. Правильно выбирайте время для общения
5. Не начинайте беседу сразу после того как врач проинформировал пациента о неблагоприятном исходе, о неизлечимом заболевании
6. Следите за интонацией Вашего голоса, убедитесь, что она соответствует тому, что Вы собираетесь сказать

7. Выбирайте нужную громкость, говорите достаточно громко, для того, чтобы Вас слышали, но не кричите

8. Убедитесь в том, что человек, которому Вы что-то объяснили, понял Вас.

Субъективный метод включает в себя жалобы пациента на свое самочувствие. Это субъективное мнение пациента о том, как проявляется у него нарушение той или иной потребности. Но пациент обычно жалуется лишь на то, что, по его мнению, наиболее важно или на то, что больше всего его беспокоит. Поэтому медсестра также расспрашивает пациента более подробно об удовлетворении каждой из 14 основных жизненно важных потребностей. Также необходимо расспросить пациента о наличии в его образе жизни факторов риска.

Если по каким-либо причинам пациент не может рассказать о себе, медсестра расспрашивает его немедицинское окружение.

Расспрос играет огромную роль в:

- предварительном заключении о причине болезни;
- оценке и течении заболевания;
- оценке дефицита самообслуживания.

Анамнез – совокупность сведений о больном и развитии заболевания, полученных при расспросе самого пациента и знающих его лиц.

Расспрос складывается из пяти частей:

- паспортная часть;
- жалобы пациента;
- *anamnesis morbe*;
- *anamnesis vitae*;
- аллергические реакции.

Жалобы пациента дают возможность выяснить причину заставившую обратиться к врачу.

Из жалоб пациента выделяют:

- актуальные (приоритетные);
- главные;
- дополнительные.

Главные жалобы - это те проявления заболевания, которые больше всего беспокоят пациента, более резко выражены. Обычно главные жалобы и определяют проблемы пациента и особенности ухода за ним.

Anamnesis morbe – первоначальные проявления болезни, отличающиеся от тех, которые пациент предъявляет, обратившись за медицинской помощью, поэтому:

- уточняют начало заболевания (острое или постепенное);
- далее уточняют признаки заболевания и те условия в которых они возникли;
- затем выясняют, какое было течение заболевания, как изменились болезненные ощущения с момента их возникновения;
- уточняют, были ли проведены исследования до встречи с медсестрой и каковы их результаты;
- следует расспросить: проводилось ли ранее лечение, с уточнением лекарственных препаратов, которые могут изменить клиническую картину болезни; все это позволит судить об эффективности терапии;
- уточняют время наступления ухудшения.

Например, высокая температура, внезапное начало характерны для инфекционных заболеваний. Жалобы на боли в области сердца, возникшие в связи с физической нагрузкой и отдающие в левую руку, заставляют думать о стенокардии. Боли в животе, возникающие спустя 1-2 часа после еды или ночью, натощак, позволяют предположить язву двенадцатиперстной кишки. При выяснении течения болезни часто приходится задавать больному дополнительные вопросы, уточняющие, какие условия усиливают болезненные симптомы или снимают их; какое влияние оказывало предшествующее лечение. К дополнительным вопросам можно отнести следующие: условия труда и быта, окружающая обстановка, в которой началось заболевание, усиление или ослабление симптомов, какое проводилось лечение.

Anamnesis vitae – позволяет выяснить, как наследственные факторы, так и состояние внешней среды, что может иметь прямое отношение к возникновению заболевания у данного пациента.

Anamnesis vitae собирается по схеме:

1. биография пациента;
2. перенесенные заболевания;
3. условия труда и быта;
4. интоксикация;
5. вредные привычки;
6. семейная и половая жизнь;
7. наследственность.

Собирая данные о наследственности, выясняют здоровье семьи, долголетие ближайших родственников. Следует установить, не было ли у родственников болезней, которые могли бы отразиться на потомстве (сифилис, туберкулез, алкоголизм, рак, болезни сердца, нервные и психические заболевания, болезни крови - гемофилия, заболевания, связанные с нарушением обмена веществ). Знание о неблагоприятной наследственности помогает установить предрасположение больного к этим заболеваниям. Жизнь организма неразрывно связана с внешней средой и возникновение болезней всегда зависит от воздействия окружающей среды: от больных родителей часто рождаются ослабленные дети, легко болевающие при неблагоприятных условиях жизни.

Объективный метод включает в себя:

- 1) наблюдение медсестры за тем, как пациент удовлетворяет свои 14 основных жизненно-важных потребностей;
- 2) расспрос медицинского окружения;
- 3) изучение медицинской документации;
- 4) изучение специальной медицинской литературы в отношении данного пациента.

2.2 Правила и техника внешнего осмотра:

Объективное обследование пациента начинается с общего осмотра.

Для медсестры метод объективного исследования имеет наиболее существенное значение, так как он дает наиболее полную объективную информацию о

пациенте. Поэтому медсестра должна хорошо владеть этим методом исследования.

Обследование пациента проводится медсестрой последовательно, начиная с наблюдения за удовлетворением низших физиологических потребностей. Наблюдение необходимо проводить при рассеянном дневном свете или ярком искусственном освещении, причем источник света должен находиться сбоку, так более рельефно выделяются контуры различных частей тела.

2.3 Наблюдение за удовлетворением потребности ДЫШАТЬ.

Удовлетворение потребности ДЫШАТЬ обеспечивает организм человека кислородом, необходимым для его нормальной жизнедеятельности. Различают внешнее и внутреннее дыхание. Внешнее дыхание – это доставка кислорода в кровь, внутреннее дыхание - перенос кислорода из крови к органам и тканям организма.

Внешнее дыхание

В легких, имеющих богатое кровоснабжение, постоянно происходит газообмен, в результате чего кровь насыщается кислородом и освобождается от углекислого газа. В альвеолы легких кислород поступает через дыхательные пути при дыхании. Частота, глубина и ритм дыхания регулируются дыхательным центром, расположенным в головном мозге. Повышение содержания углекислого газа в крови вызывает возбуждение дыхательного центра, приводящее к увеличению вентиляции легких (то есть, увеличению частоты, глубины и ритма дыхательных движений), а понижение - угнетает деятельность дыхательного центра, то есть к уменьшению вентиляции легкого (уменьшению частоты, глубины и ритма дыхательных движений).

В физиологических условиях дыхательные движения грудной клетки совершаются за счет сокращения главных дыхательных мышц, межреберных, диафрагмы и мышц брюшной стенки. Дыхание состоит из фаз вдоха и выдоха, который осуществляется в определенном постоянном ритме - 16-20 в минуту у взрослых и 40-45 в минуту у новорожденных. Ритм дыхательных движений - дыхательные движения через определенные промежутки времени. Если эти

промежутки одинаковые - дыхание ритмичное, если нет - аритмичное. При ряде заболеваний дыхание может быть поверхностным или, наоборот, очень глубоким. Частота дыхания зависит и от положения тела: лежа - 14-16 в минуту, в вертикальном положении - 18 - 20. Изменяется частота дыхания в зависимости от режима физической активности: 12-14 в минуту во время сна, учащение при физической нагрузке. По продолжительности соотношение вдоха и выдоха, как 1:3

Различают три типа дыхания:

1) **Грудной** тип - дыхательные движения осуществляются в основном за счет сокращения межреберных мышц. При этом грудная клетка во время вдоха расширяется и слегка приподнимается, а во время выдоха суживается и незначительно опускается. Такой тип дыхания характерен для женщин.

2) **Брюшной** тип - дыхательные движения осуществляются в основном за счет сокращения мышц диафрагмы и мышц брюшной стенки. Движение мышц диафрагмы повышает внутрибрюшное давление, и при вдохе брюшная стенка смещается вперед. При выдохе диафрагма расслабляется и поднимается, что смещает брюшную стенку назад. Этот тип дыхания еще называют диафрагменным. Он встречается преимущественно у мужчин.

3) **Смешанный** тип - дыхательные движения совершаются одновременно при помощи сокращения межреберных мышц и диафрагмы. Такой тип встречается чаще всего у спортсменов.

При нарушении удовлетворения потребности ДЫШАТЬ может появиться одышка, то есть, нарушение ритма, глубины или частоты дыхательных движений.

В зависимости от затруднения той или иной фазы дыхания различают три вида одышки:

1) Инспираторная – затруднен вдох. А то бывает например, при попадании в дыхательные пути инородного тела или при любом механическом препятствии.

2) Экспираторная – затруднен выдох. Такой тип одышки характерен для бронхиальной астмы, когда происходит спазм бронхов и бронхиол.

3) Смешанный затруднен и.вдох и выдох. Такой тип одышки характерен для заболеваний сердца.

Если одышка резко выражена, заставляет пациента занимать вынужденное сидячее положение - такая одышка называется удушьем. Внезапный приступ удушья называется астмой.

Кроме описанных выше видов патологической одышки, различают физиологическую одышку, возникающую при значительной физической нагрузке.

При нарушении удовлетворения потребности дышать может изменяться частота дыхательных движений. Если частота дыхательных движений больше 20, такое дыхание называют ТАХИПНОЭ, если меньше 18 - БРАДИПНОЭ.

Иногда одышка носит определенный характер и имеет соответствующее название:

- дыхание Куссмауля
- дыхание Биота
- дыхание Чейн-Стокса

Кашель – это защитный рефлекторный акт в виде резкого выдоха, при котором из дыхательных путей вместе с воздухом удаляются инородные вещества (слизь, мокрота, пыль), которые раздражают слизистую дыхательных путей.

По характеру кашель может быть:

- **сухим** (без выделения мокроты)
- **влажным** (с выделением мокроты)

Если у пациента влажный кашель, то надо выяснить количество отделяемой мокроты одновременно и в течение суток, в каком положении и в какое время суток она отходит лучше, характер мокроты (цвет, запах, примеси).

В зависимости **от времени** усиления кашель бывает:

- утренний**
- вечерний**
- ночной**

Кашель различают **по продолжительности**:

- **постоянный** (встречается реже: при ларингитах, бронхитах, бронхогенном раке легкого)

- **периодический** (встречается чаще: при ОРЗ, пневмониях, при хронических бронхитах, туберкулёзе).

По громкости и тембру различают:

- **громкий, «лающий кашель»** (при ларингите, коклюше, при опухоли гортани).

- **тихий кашель** – при сухом плеврите, при пневмонии в I стадии.

Мокрота - это секрет слизистой дыхательных путей. Выделение мокроты при кашле наблюдается при заболеваниях органов дыхания.

С диагностической целью определяют количество и свойства мокроты:

° запах

° цвет

° консистенцию

2.4 Наблюдение за показателями гемодинамики

Сердечно-сосудистая система обеспечивает доставку крови к органам и тканям путем поддержания определенного давления и скорости кровотока в сосудистом русле. Критериями обеспечения внутреннего дыхания являются показатели пульса, артериального давления, а также цвет кожных покровов и слизистых.

Определение цвета кожных покровов и слизистых:

- бледность
- гиперемия (покраснение)
- цианоз (синюшность)
- желтушность

Определение артериального пульса

ПУЛЬС - это колебания стенки артерии, обусловленные выбросом крови в артериальную систему. Основные характеристики пульса:

- Ритм
- Частота
- Величина
- Симметричность

- напряжение
- наполнение

Это чередование пульсовых волн через определенные интервалы времени. Если интервалы времени одинаковые - пульс **ритмичный**, если интервалы времени неодинаковые - пульс - **неритмичный**.

Нарушения сердечного ритма называются аритмиями. Это число пульсовых волн в минуту N - 60 - 80

> 80-тахикардия

< 60-брадикардия

Это сила с которой кровь давит на стенки сосудов.

Определяется степенью усилия, необходимого для сдавления лучевой артерии, чтобы прекратить полностью прохождение пульсовой волны.

Зависит от величины АД.

При повышении АД - пульс **твердый, напряженный**.

При понижении АД - пульс **мягкий**.

При нормальном АД - **умеренного напряжения**

Это наполненность кровью сосудов. Характеризуется величиной сердечного выброса (т.е. количеством крови, которое поступает в кровяное русло), зависит от сократительной силы сердца в период систолы; определяется объемом крови, поступившим в артерию.

Ps - **полный** - при достаточном сердечном выбросе.

Ps **пустой** - при уменьшении ОЦК, уменьшении сердечного выброса (кровопотеря).

В норме качество пульса симметрично на правой и левой стороне тела.

Величина пульса определяется степенью напряжения и наполнения.

Ps большой - хорошего наполнения, достаточного напряжения;

Ps малый - малого наполнения, достаточного напряжения;

Ps нитевидный - едва прощупывается.

АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ - это давление, которое образуется в артериальной системе при работе сердца.

Оно зависит от величины сердечного выброса, тонуса артериальной стенки, также оказывает влияние ОЦК, ее вязкость, колебания давления в брюшной и грудной полостях и др.

АД выражается в миллиметрах ртутного столба, фиксируется в виде цифровой дроби:

числитель - систолическое давление/ знаменатель - диастолическое.

Нормальные показатели АД: систолическое - 120 - 140,

диастолическое - 70 - 90 мм рт. ст.

В норме величина АД зависит от индивидуальных особенностей, образа жизни.

2.5 Наблюдение за удовлетворением потребности ВЫДЕЛЯТЬ

Накопление жидкости в тканях или полостях организма называется отеками.

Отеки бывают скрытыми и явными.

Явные отеки определяют по изменению сглаживающего рельефа определенных частей тела. Например, нога в области голеностопного сустава и стопы имеет определенный рельеф (изгибы, костные выступы). При наличии отеков эти выступы и изгибы исчезают (сглаживаются). Определить явные отеки можно также путем надавливания на кожу и подкожную жировую клетчатку пальцем в месте, где они близко соприкасаются с костью, например, передняя поверхность голени в средней ее трети. При наличии отеков на этом месте образуется отчетливая ямка, которая длительное время не исчезает. Кожа в области отека становится сухой, гладкой, бледной, шелушащейся, мало чувствительной к теплу. На коже отпечатываются складки белья. Защитные свойства кожи при отеках понижаются. В связи с этим медсестра должна быть очень внимательна при уходе за пациентами.

Появлению явных отеков предшествует скрытый период задержки жидкости (скрытые отеки), который проявляется уменьшением количества выделяемой мочи и нарастанием массы тела.

Скрытые отеки определяются следующим образом:

1) Проводят контрольное взвешивание пациента. Под контрольным взвешиванием понимают ежедневное взвешивание пациента на одних и тех же

весах, в одно и то же время (утром натощак) в одной и той же одежде и при опорожненном мочевом пузыре и кишечнике. Если вес нарастает, это говорит о наличии скрытых отеков.

2) Измерение водного баланса пациента. Под водным балансом понимают отношение количества потребленной и выделенной за сутки жидкости. В норме за сутки должно потребляться 1,5 - 2 литра воды, а выделяться 70 - 80 % выпитого.

Отеки могут появиться не только в тканях, но и полостях. Скопление жидкости в определенной полости имеет свое название:

в брюшной полости - асцит;

в грудной полости - гидроторакс;

обширные отеки всего тела называются анасарка.

2.6 Наблюдение за физиологическими отправлениями:

В норме у человека стул ежедневно в одно и то же время.

Характер стула: стул оформленный (колбасовидной формы), от светлого до темно-коричневого цвета, без патологических примесей (слизь, кровь, гной).

Мочеиспускание несколько раз в день (в зависимости от выпитой жидкости) безболезненное, моча соломенно-желтого цвета, прозрачная, с нерезким запахом.

2.7 Наблюдение за удовлетворением потребности ПОДДЕРЖИВАТЬ ТЕМПЕРАТУРУ ТЕЛА

Известны физиологические колебания температуры в течение дня: разница между утренней и вечерней температурой составляет в среднем 0,3-0,5 градусов.

У людей пожилого и старческого возраста температура тела несколько ниже, чем у молодых и среднего возраста. В раннем детском возрасте отмечается особая неустойчивость температуры тела с большими колебаниями в течение дня.

В норме температура тела несколько повышается после приема пищи, выполнения физической нагрузки, выраженном эмоциональном состоянии, у женщин в период беременности и менструальном периоде. У здоровых людей в норме температура тела колеблется в зависимости от физиологического

состояния в пределах 0,5 С. Так же в норме температура тела, измеряемая на коже ниже на 0,5 - 0,8 °С температуры на слизистых.

Температура тела в подмышечной области в норме - 36 - 37 °С.

2.8 Наблюдение за удовлетворением потребности ДВИГАТЬСЯ

Положение в постели:

активное - пациент самостоятельно двигается в пределах назначенного режима двигательной активности;

пассивное – пациент не может самостоятельно двигаться;

вынужденное - положение, которое пациент занимает для облегчения своего состояния (уменьшения боли, одышки, кашля).

В норме движения в суставах без ограничений, безболезненные.

2.9 Наблюдение за удовлетворением потребности ОБЩАТЬСЯ.

Состояние сознания:

Сознание *ясное* – пациент правильно ориентируется в собственной личности, времени, месте.

Сознание *расстроено* - пациент не ориентируется, часто наблюдается речедвигательное возбуждение.

Сознание выключено:

- *оглушение* - отмечается двигательная и речевая заторможенность, сохранена реакция на словесный и болевой раздражитель;
- *сопор* - нет реакции на словесные раздражители, сохранена реакция на болевой раздражитель;
- *кома* - нет реакции ни на словесный, ни на болевой раздражитель.

Вся полученная информация о пациенте документируется в сестринской карте, куда записываются объективные и субъективные данные конкретно по каждой потребности. В конце медсестра делает выводы: удовлетворение каких потребностей нарушено, и какова адаптация пациента к условиям жизни с факторами риска. Затем ежедневно, на протяжении всего ухода, медсестра отображает динамику субъективного и объективного состояния пациента в температурном листе и дневнике наблюдения за пациентом.

Стандарты выполнения сестринских манипуляций по теме: «Объективные методы обследования пациента»

Антропометрия –это исследование физического развития человека, включающее в себя:

- 1) определение массы тела
- 2) определение роста
- 3) измерение объема грудной клетки

Рис.1 Определение пульса на лучевой артерии.



Рис.2, 3. Измерение артериального давления.



Рис.3

ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ



*Шушпанова Ольга Лаврентьевна,
Шушпанов Андрей Анатольевич,
ГБПОУ СК «Пятигорский медицинский колледж»*

Применение современных образовательных технологий на уроках общепрофессиональных дисциплин

Главной и первостепенной задачей является необходимость повышения качества образования, а это возможно через совершенствование форм и методов обучения, через внедрение образовательных технологий. Образовательные технологии имеют воспитательный аспект, связанный с формированием и развитием личностных качеств обучаемых.

Важным критерием успешности работы преподавателя становится его самообразование, целью которого является овладение новыми различными методами и формами преподавания.

Современные дети живут в мире электронной культуры. Меняется и роль преподавателя в информационной культуре – он должен стать координатором информационного потока. Следовательно, учителю необходимо владеть современными методиками и новыми образовательными технологиями, чтобы общаться на одном языке с обучающимися.

Обучающиеся должны уметь самостоятельно находить информацию, анализировать, обобщать и передавать её другим, осваивать новые технологии. Большую роль в этом может и должно сыграть активное применение современных образовательных технологий (СОТ) в учебном процессе, поскольку, как показывает практика:

- использование СОТ способствует повышению качества знаний студентов, уровню воспитанности, общему и специальному развитию обучающихся;
- использование СОТ позволяет добиваться стабильности результатов учебно-воспитательного процесса;
- СОТ позволяет организовать новые формы, методы обучения и воспитания.[1]

В последнее время отмечают падение интереса студентов к изучению общих гуманитарных, социально-экономических и естественно-научных дисциплин, хотя они играют значительную роль в формировании личности в целом. Падение интереса к изучению данных дисциплин вызвано в первую очередь применением довольно старых наглядных материалов, однообразным использованием учебников, таблиц, схем. Одним из способов повышения интереса к дисциплинам естественнонаучного цикла, углубления знаний студентов по этим предметам является использование современных образовательных технологий, в частности компьютерных, на различных стадиях учебного процесса. Компьютер на своих уроках мы применяем давно, что делает наши уроки более наглядными, современными, а значит интересными. Презентации готовим не только сами, но и студенты. Любому уроку с использованием СОР предшествует кропотливая работа, но зрелищность, яркость, новизна компьютерных элементов урока в сочетании с другими методическими приемами делают урок необычным, увлекательным, запоминающимся, т.к. содержат большое количество фотографий, видеофрагментов, анимационных моделей, иллюстрирующих текстовый материал, обширный справочный материал и лабораторные практикумы.

Имеются в кабинетах интерактивные доски, дающие возможность создавать задания с обширным учебным материалом, интерактивные упражнения для проверки и закрепления знаний. Например, по ОП.07 «Фармакология» и ОП.02 «Анатомия и физиология человека» к каждому уроку с помощью программы Learningapps создаем разноплановые упражнения для обучающихся (Рисунок 1).

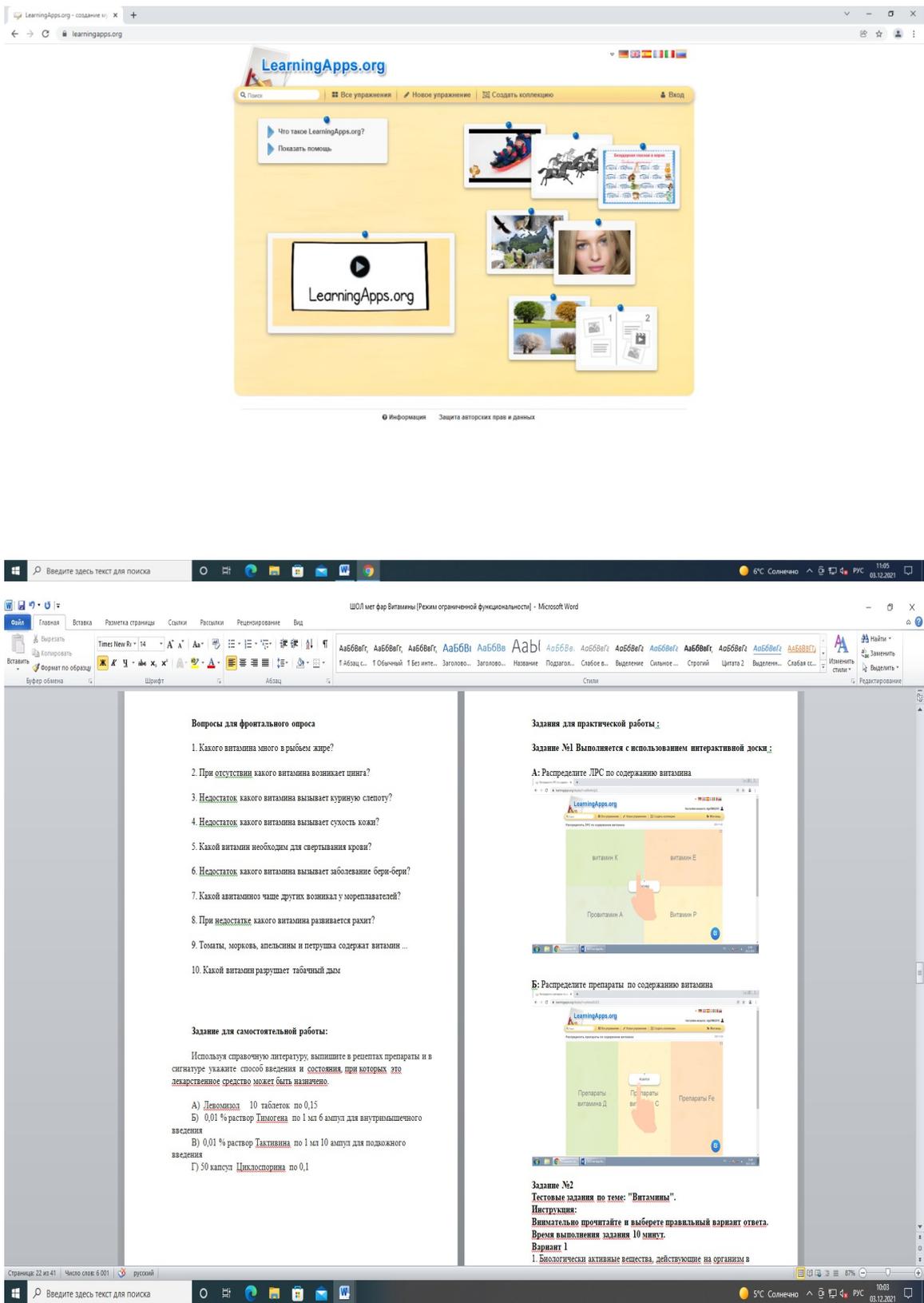


Рисунок 1 - Примеры упражнений в программе Learningapps.

Такие задания мы используем на разных этапах урока: объяснении нового материала, закреплении полученных знаний, а также в качестве тренажеров для

подготовки к зачетам (Рисунок 2).

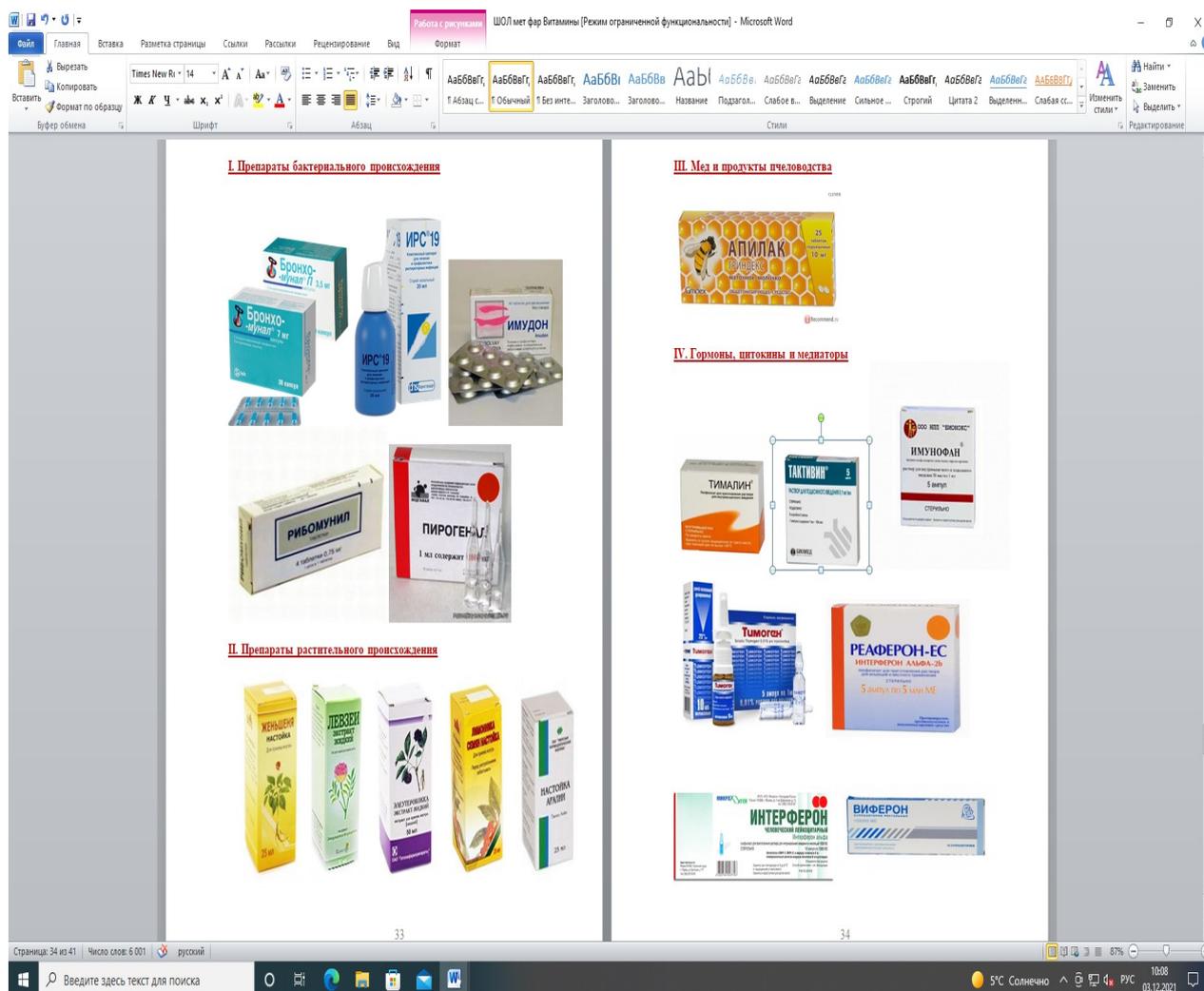


Рисунок 2 .- Наглядный материал для закрепления знаний

В электронной библиотеке колледжа «Лань» доступны учебный лекционный материал, практикумы, рабочие тетради , которые помогают обучающимся в написании рефератов, докладов, эссе, составлению опорных конспектов в выполнении внеаудиторной самостоятельной работы (Рисунок 3).

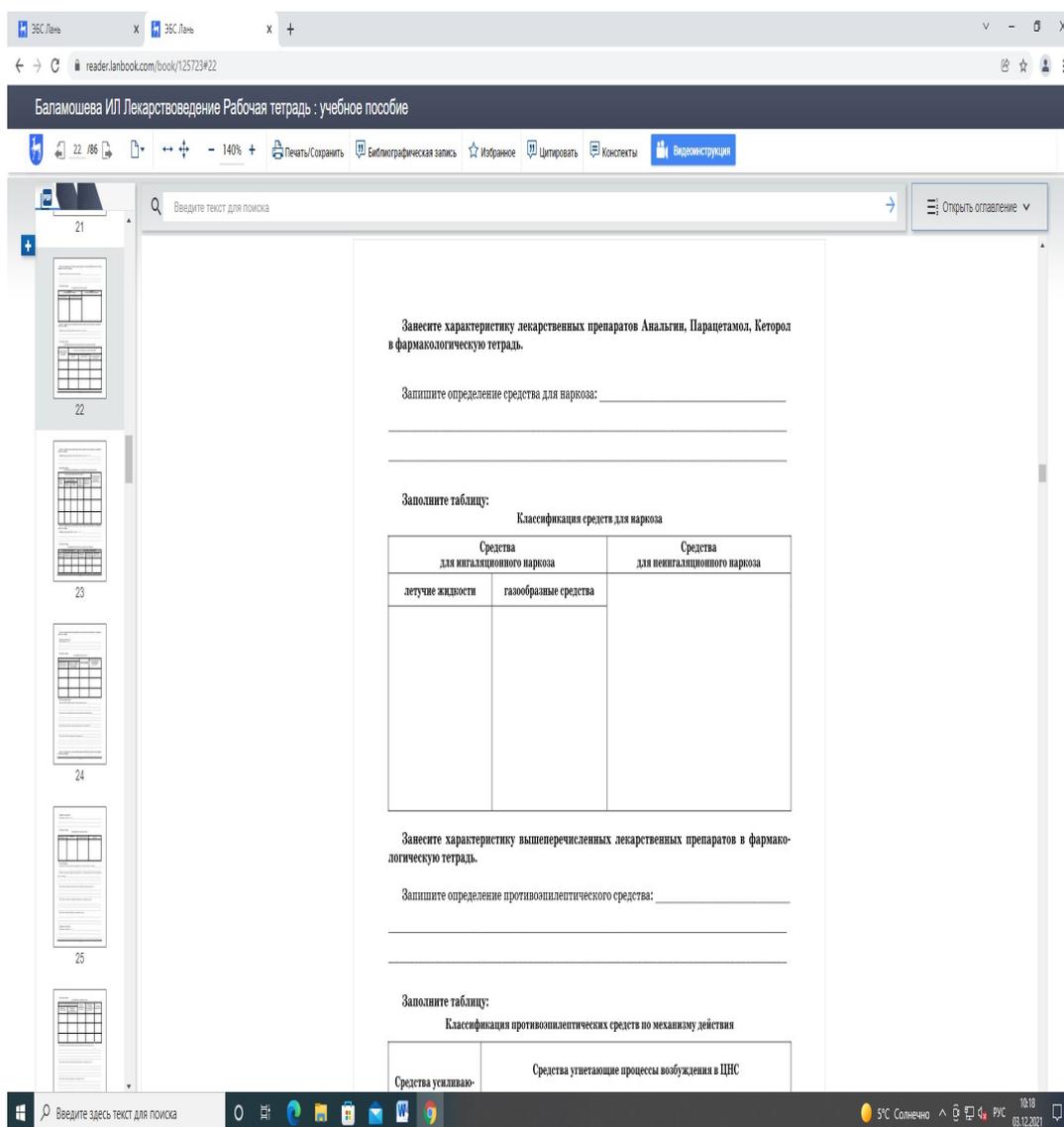


Рисунок 3 - Рабочие тетради в электронной библиотеке

Одной из педагогических задач на уроках мы считаем подготовку студентов к жизни и профессиональной деятельности в высокоразвитой информационной среде, к возможности получения дальнейшего образования с использованием современных информационных технологий обучения.

В колледже ежегодно проводятся конкурсы творческих работ преподавателей и обучающихся, научно-практические конференции с презентациями и защитой работ студенческих кружков, что постоянно повышает мотивацию к инновационной деятельности (Рисунок 4).

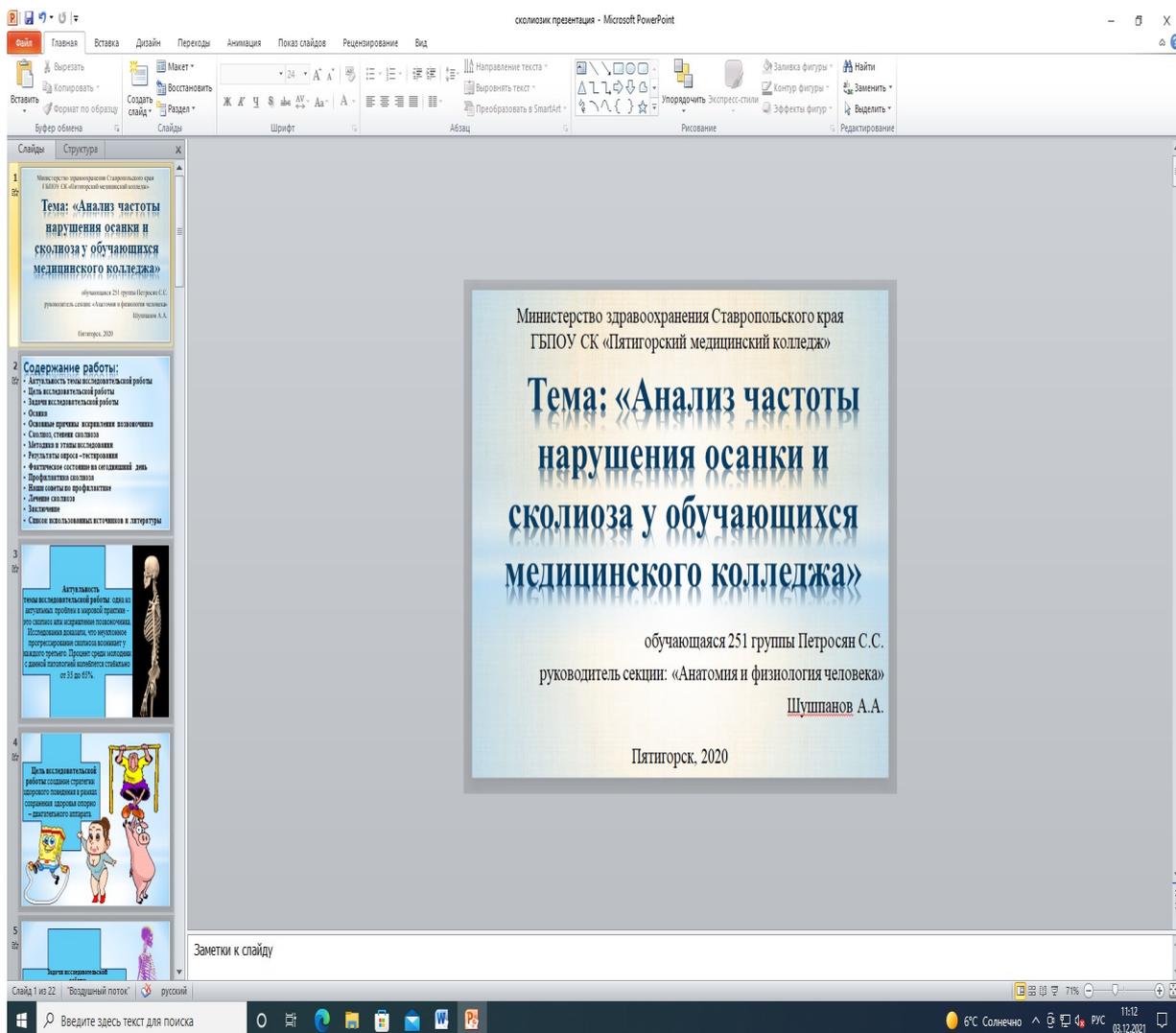


Рисунок 4 - Пример презентации работы студенческого кружка на научно-практической конференции.

Вполне обычным явлением стала подготовка презентаций студентами. Однако именно творчество обучающихся стало причиной для разработки методических рекомендаций по обучению студентов в приемах работы с интернет-ресурсами, организации практических работ на основе ресурсов интернета, создания учебных проектов. Любая работа с сайтами начинается в группе. Под руководством преподавателя студенты учатся ориентироваться на сайте и выполняют специально разработанное обучающее задание (Рисунок 5).

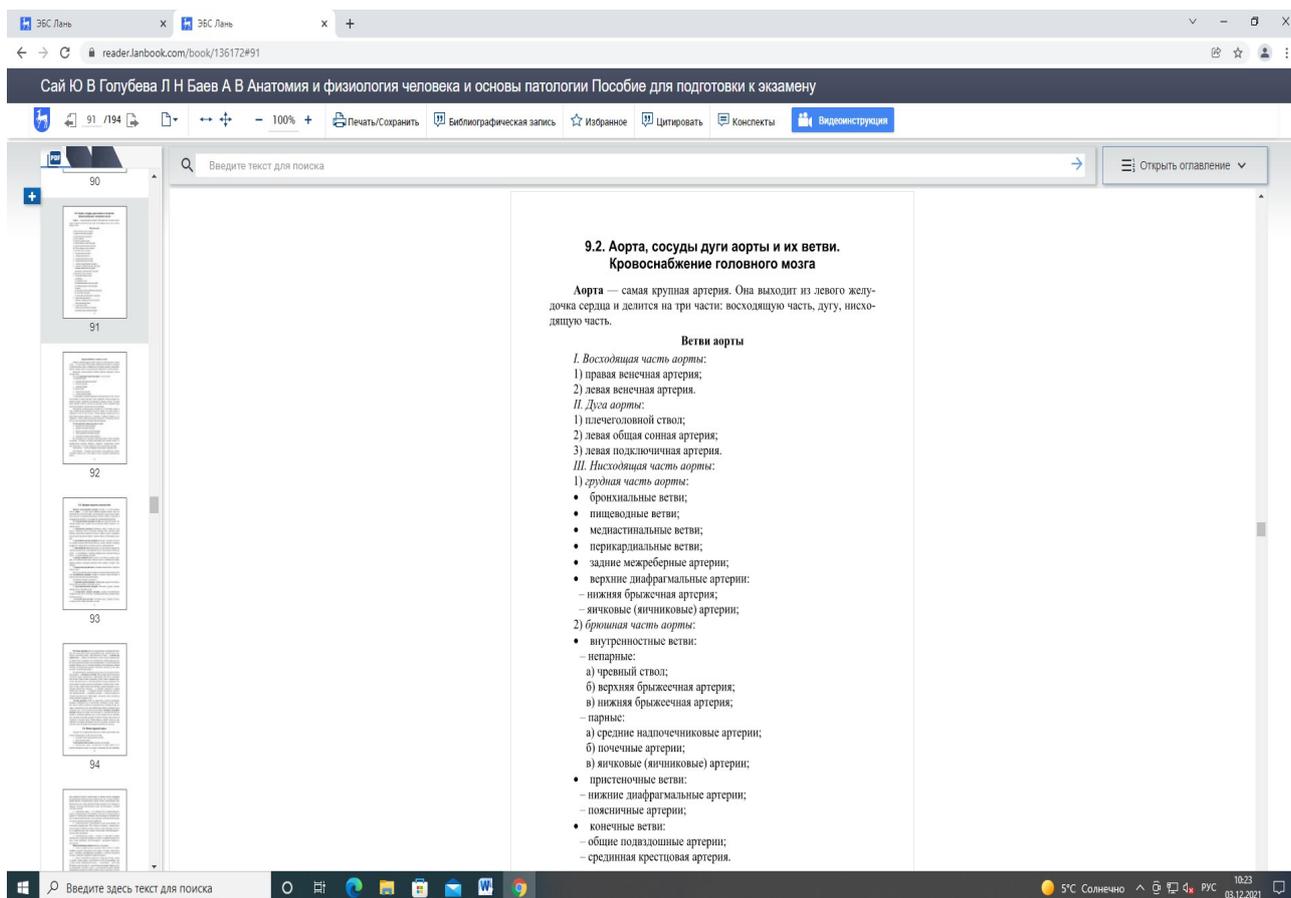


Рисунок 5 - Теоретический материал, ситуационные задачи, тесты, контрольные вопросы в электронной библиотеке «Лань».

В последнее время мы активно используем дистанционные образовательные технологии (ДОТ) в своей педагогической деятельности.

ДОТ – образовательные технологии, реализуемые в основном с применением информационно-телекоммуникационных сетей при опосредованном (на расстоянии) взаимодействии обучающихся и педагогических работников.[2]

Цель применения ДОТ (дистанционных образовательных технологий) состоит в обеспечении равного доступа обучающихся, направлено на решение проблем доступности качественных образовательных услуг независимо от состояния здоровья, социального положения и места проживания. ЭЦОР (электронные цифровые образовательные ресурсы) позволяют облегчить усвоение обширного материала за счёт комплексного воздействия видеоряда и звука (музыка, шумы, дикторский текст), а также посредством чисто

компьютерных возможностей: диалога со студентом, автоматизированного контроля усвоения пройденного материала.

Преимущества СОР заключается в следующем:

1. Яркое, иллюстративное изложение изучаемого материала делает учебный процесс разнообразным, нескучным.
2. Учебный материал излагается в доступной форме.
3. Анимированные схемы и презентации помогают лучше разобраться в большом объёме информации, изучить отдельные аспекты в наглядной форме, что способствует и лучшему запоминанию (Рисунок 6).

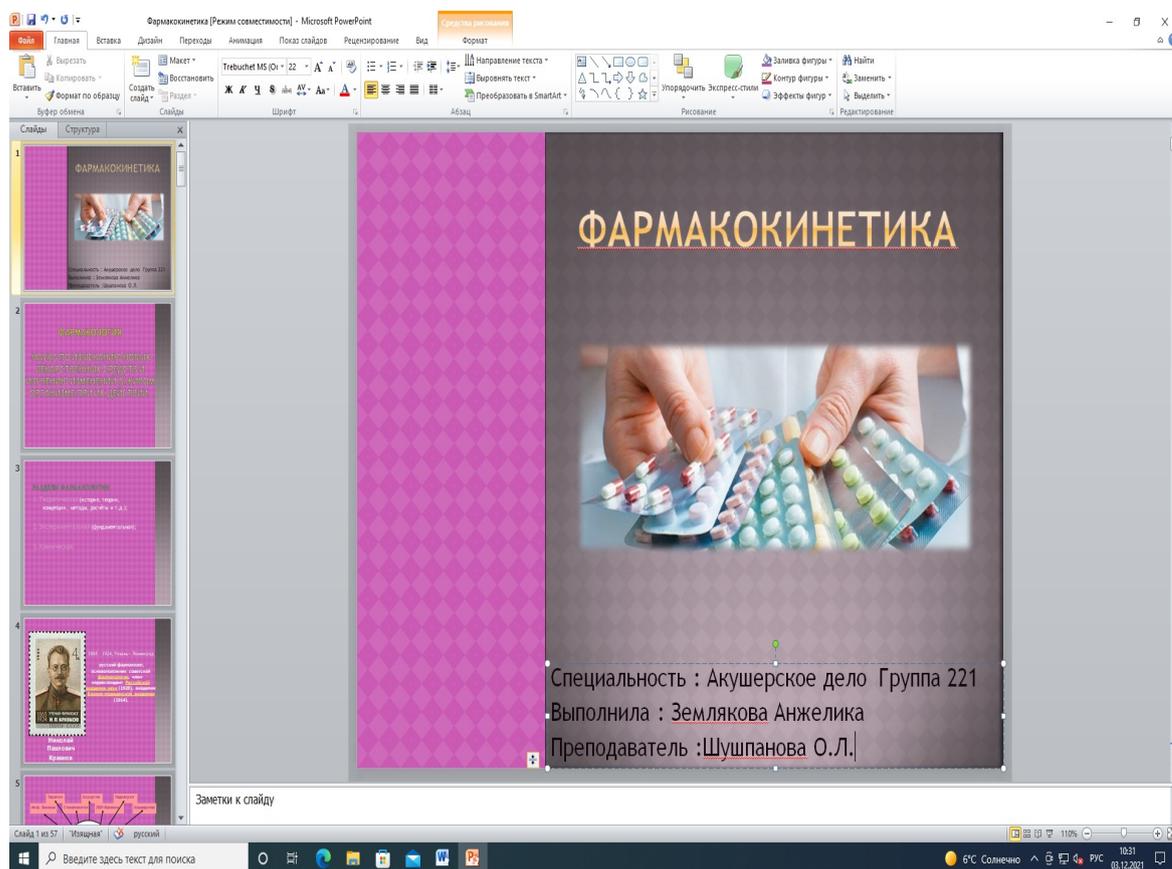


Рисунок 6 - Презентации обучающихся по темам занятия .

4. Подборка интерактивных тестов даёт возможность проверить знания студентов на основе объективной автоматизированной оценки(Рисунок 7).

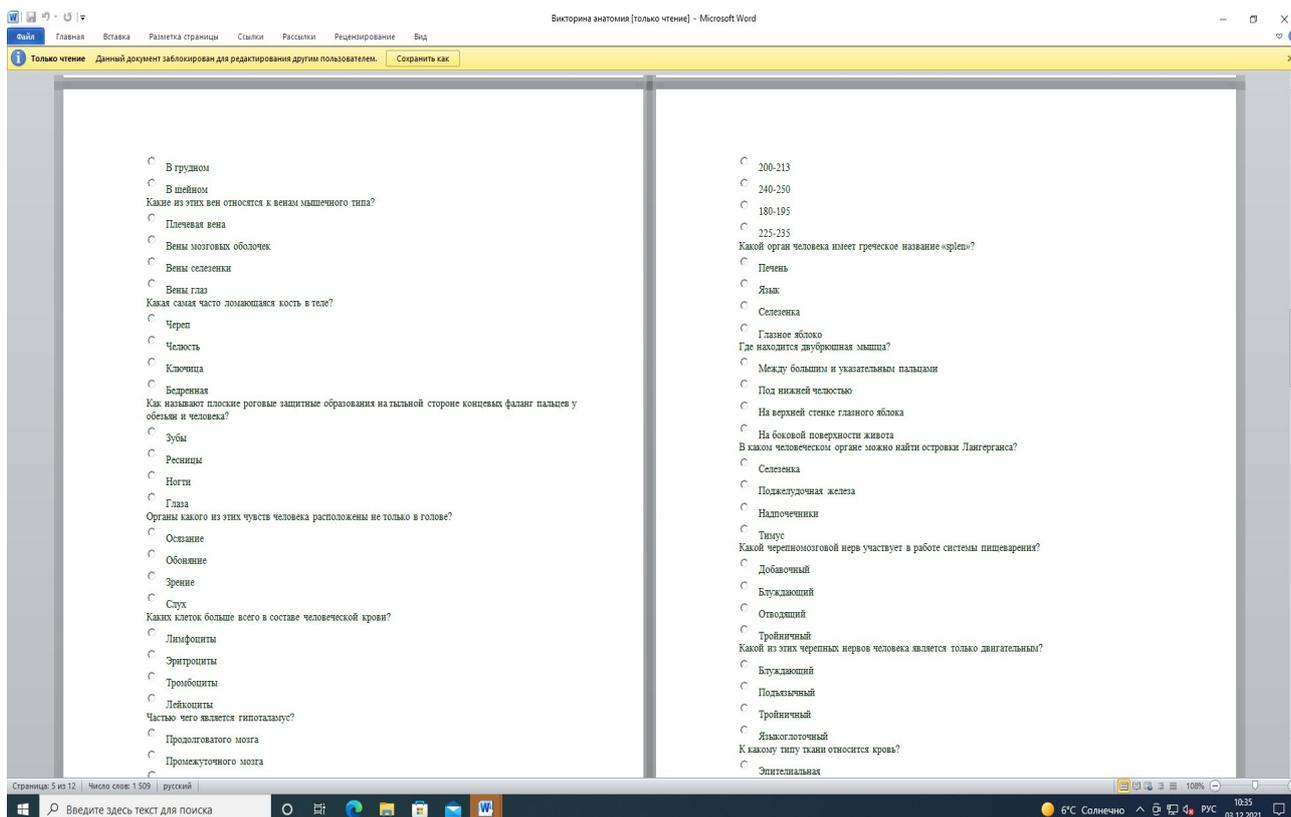


Рисунок 7 - Пример интерактивных тестов.

Компьютерные обучающие программы имеют много преимуществ перед традиционными методами обучения. Они позволяют заинтересовать, вовлечь в учебный процесс даже самого слабого ученика

Опыт работы показал, что у студентов, активно работающих с компьютером, формируется более высокий уровень самообразовательных навыков, умений ориентироваться в бурном потоке информации, умение выделять главное, обобщать, делать выводы. Использование СОТ на уроках является одним из важных средств формирования информационных компетенций студентов. На таких уроках они не получают информацию в “чистом виде” от преподавателя, а учатся ее добывать, анализировать, осуществлять отбор, что и является составляющими частями информационной компетентности.

В практике применения дистанционного обучения используем методiku асинхронного обучения, где на первый план выдвигается самообучение, индивидуальный темп обучения. Преподаватель при данной методике выступает

консультантом [3].

Применение новых информационных и телекоммуникационных технологий позволяет разнообразить и комбинировать средства педагогического воздействия. Использование СОТ в учебном процессе позволяет повысить качество учебного материала и усилить образовательные эффекты. При условии систематического использования СОТ в учебном процессе в сочетании с традиционными методами обучения можно значительно повысить эффективность обучения.

Список литературы:

1. *Полат Е.С.* Новые педагогические и информационные технологии в системе образования: Учебное пособие. – М. Академия, 2017, 236с.
2. *Селевко Г.К.* Современные образовательные технологии. — М . : Издательский центр «Академия», 2016, 37с
3. *Роберт Н.В.* Современные информационные технологии в образовании. М.: Школа Пресс, 2018, 2с.

Яковишин Галина Викторовна

*ГБПОУ Камчатского края
«Камчатский медицинский колледж»*

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
КАМЧАТСКОГО КРАЯ
«КАМЧАТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА

Урока-игры по теме:

«Я назначаю встречу Вам в Париже»

Учебная дисциплина: **Основы микробиологии и иммунологии**

Специальность: 34.02.01 «Сестринское дело»

Курс: 2

Вид занятия: **внеклассное мероприятие**

Количество часов: 2

Преподаватель: **Яковишин Галина Викторовна**

г. Петропавловск-Камчатский

2020 г

Пояснительная записка

Урок-игра «Я назначаю встречу Вам в Париже» по предмету «Основы микробиологии и иммунологии» проводится со студентами 2-го курса, специальности «Сестринское дело», которые уже заканчивают изучение микробиологии.

Игровая и учебно-познавательная форма организации внеклассного мероприятия направлена на то, чтоб позволить студентам активизироваться, раскрыть свою креативность, вспомнить большое количество информации, применить знания на практике.

АННОТАЦИЯ

Микробиология занимает одно из важнейших мест в системе подготовки средних медицинских кадров. Она дает фундаментальные знания и практические навыки, необходимые студенту для освоения других теоретических и клинических дисциплин, а кроме того, сведения в области инфекционной патологии, которые будут использоваться в повседневной практической деятельности.

Курс «Основы микробиологии и иммунологии» очень объемный. Включает в себя ряд самостоятельных предметов, тесно связанных между собой: бактериологию, вирусологию, микологию, протозоологию и иммунологию. Игровое занятие в конце изучения курса позволяет студентам лучше освоить весь пройденный материал и учит работать в команде.

Тип учебного занятия: урок в форме соревнования

Вид занятия: урок-игра

Продолжительность: 90 мин

Методической целью занятия является систематизирование и усовершенствование знаний студентов; напоминание о роли ученых разных стран, в развитии микробиологии и иммунологии.

Также, поставлены следующие **образовательные цели:**

- обучения: обобщить и систематизировать полученные знания; выявить качество и уровень овладения знаниями и умениями, полученными на занятиях по предмету.

- воспитания: посредством организации групповой работы воспитывать чувство ответственности за работу членов команды, результат выполнения заданий; содействовать формированию познавательного интереса к предмету, к выбранной профессии.

- развития: развитие аналитического мышления – формирование умения выделять существенные признаки и свойства; развитие навыков взаимодействия, коммуникации.

Для достижения целей используются *информационный, частично-поисковый; наглядно-иллюстрационный и интерактивные методы обучения.*

Материально-техническое обеспечение занятия (ноутбук, аудиосистема, мультимедийный проектор, микрофоны, презентация, микроскопы, набор микропрепаратов) обеспечивает наглядность и позволяют лучше вспомнить материал.

Задания для урока-игры составлены в соответствии со стандартом образования, согласно которому студент должен:

- знать: основные понятия, цели и задачи микробиологии, историю микробиологии; особенность инфекционного процесса; клинические симптомы разных инфекционных болезней, структуру микроскопа.

- уметь: ориентироваться в основных исторических периодах развития микробиологии; по имеющимся симптомам классифицировать инфекционную болезнь, работать в команде; работать со световым микроскопом; давать оценку полученных результатов.

Сценарий данного мероприятия по микробиологии разработан таким образом, чтоб обеспечить тесную связь между теоретической подготовкой студентов и формированием **компетенций** по профессии:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.

ПК 4.4. Проводить исследовательскую работу по анализу и оценке качества сестринской помощи, способствовать внедрению современных медицинских технологий.

ПК 4.5. Работать с нормативно-правовой, учетно-отчетной и медицинской документацией.

ПК 5.1. Организовывать и оказывать сестринскую помощь, консультировать по вопросам укрепления здоровья пациента, его семьи, в том числе и детей; групп населения в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

Ход урока:

- 1. Организационный момент (5 мин.)**
- 2. Основная часть (85 мин.):**

Включена презентация. Игрет музыка «Под небом Парижа».

Входят ведущие:

Ведущий 1: *Слайд 1*

Я назначаю встречу Вам в Париже

На площади, у Нового Моста,

Где в арках тихо плещут воды,

Где берега и каменные своды

Целуют Сены влажные уста.

Залит лучами розового света,

Целующими черепицу крыш,

Любовь художников, писателей, поэтов,

Любовь с прекрасным именем Париж...

Ведущий 2:

О, как легки домов твоих наряды

С их кружевом балконов и цветов,

Твоих дорог открытость и порядок,

Над Сенной полукружия мостов...

Ты для души божественная пища —

Вода и пламя, воздух и земля...

Ты – Муза тех, кто вдохновенье ищет,

Ты – найденная музыка моя... (Автор Юлия Вихарева)

Ведущий 1

- Заинтригованы? *Слайд 2*

Думаете, это обычная экскурсия по Парижу, включающая в себя поедание круассанов, обзор популярных достопримечательностей и кормление голубей?

Слайд 3

Ведущий 2

- И как это все связано с микробиологией?))

Перед каждым круассаном будем мыть руки, проверять тарелки на стерильность и устриц на наличие гельминтов?)))

Ведущий 1

- Нет. Нам назначает встречу человек, который хочет открыть для нас Париж с другой стороны: не романтики, стихов и вечернего променада.

Нет – со стороны науки...

Ведущий 2

Ведь во все времена, в Париж, съезжались, со всего мира, не только поэты и художники, но и великие ученые...

И так: добро пожаловать в Париж конца 19 века...

Ведущий 1

А именно в 1888 год (*Слайд 4*), когда 14 октября был торжественно открыт Пастеровский институт, с целью борьбы с заразными болезнями.

Хотя на церемонии открытия присутствовал президент Франции Мари Франсуа Сади Карно, сам институт был построенный и оснащенный на народные деньги, на средства, собранные по международной подписке.

Ведущий 2

Институт Пастера является одним из мировых лидеров в изучении инфекционных заболеваний. Здесь были сделаны важнейшие открытия, которые привели к успешной борьбе против таких вирулентных заболеваний как дифтерия, столбняк, туберкулёз, полиомиелит, грипп, жёлтая лихорадка и чума. В 1983 году здесь был открыт вирус ВИЧ.

Ведущий 1

Сегодня Институт Пастера является старейшим и крупнейшим научно-практическим учреждением микробиологического, эпидемиологического и иммунологического профиля (*слайд 5*).

Он занимается исследованиями в области биологии микроорганизмов, инфекционных заболеваний и вакцин. Здесь насчитывается более 100 научно-исследовательских лабораторий, располагается богатая библиотека, при институте также имеются научно-исследовательские и учебные отделения, лаборатории, производящие различные вакцины и сыворотки, больница, школа по подготовке среднего медицинского персонала.

К тому же Институт Пастера – это центр сети научно-исследовательских учреждений, включающей 24 института за пределами Франции, в том числе Институт Пастера в Санкт-Петербурге. (*слайд 6*).

Ведущий 2

Первым директором института был назначен основоположник микробиологии Луи Пастер (1822–1895), для успешной работы которого, собственно, и создавалось это научное учреждение. (*слайд 7*)

Ведущий 1

Луи Пастер стал человеком, который совершил прорыв в медицине и иммунологии.

За 30 лет своей научной деятельности он сделал столько, сколько некоторые не смогут за всю жизнь...

Ведущий 2

Он первым доказал, что болезни, которые теперь называют инфекционными, могут возникать только в результате проникновения в организм из внешней среды микробов.

Это гениальное открытие легло в основу принципов асептики и антисептики, дав новый виток в развитии хирургии, акушерства и вообще медицины.

Ведущий 1

Благодаря его исследованиям были не только открыты возбудители инфекционных заболеваний, но были найдены эффективные способы борьбы с ними. Так были открыты вакцины против сибирской язвы, куриной холеры, краснухи свиней.

В 1885 году Луи Пастером была разработана вакцина от бешенства – заболевания, которое в 100% случаев заканчивается смертью больного.

Ведущий 2

Луи Пастер и есть тот человек, который пригласил нас в Париж

Входит Луи Пастер

Луи Пастер

Сквозь волшебный прибор Левенгука

На поверхности капли воды

Обнаружила наша наука

Удивительной жизни следы.

Государство смертей и рождений,

Нескончаемой цепи звено, –
В этом мире чудесных творений
Сколь ничтожно и мелко оно!
Но для бездн, где летят метеоры,
Ни большого, ни малого нет,
И равно беспредельны просторы
Для микробов, людей и планет.
В результате их общих усилий
Зажигается пламя Плеяд,
И кометы летят легкокрылей,
И быстрее созвездья летят.
И в углу невысокой вселенной,
Под стеклом кабинетной трубы,
Тот же самый поток неизменный
Движет тайная воля судьбы.
Там я звездное чую дыханье,
Слышу речь органических масс
И стремительный шум созиданья,
Столь знакомый любому из нас. (Автор – Николай Заболоцкий)

Ведущий 1

Здравствуйтесь, уважаемый месье Пастер. Большое спасибо Вам за приглашение, но должны признаться, что мы в замешательстве: почему пригласили именно нас?

Ведущий 2

И откуда у вас такой хороший русский язык?))))

Луи Пастер

Здравствуйтесь, спасибо, что приехали.

Сейчас все объясню:

Институт – это мое детище, которым я безумно горжусь!

С 1908 года восемь учёных института стали лауреатами Нобелевской премии в области медицины и физиологии, один из которых – ваш соотечественник, русский ученый Илья Ильич Мечников (*слайд 8*), удостоенный этой почетной награды в 1908 году.

Мечников переехал в Париж в 1887 году, получив для исследований лабораторию в нашем институте.

С 1905 он занимал пост заместителя директора института.

Его коллега по университету Николай Гамалея (*слайд 9*) стажировался у меня, а профессор Сергей Виноградский (*слайд 10*) более 30 лет возглавлял агро-бактериологическое отделение нашего института.

Кроме того, выпускник Новороссийского университета Александр Безредка (*слайд 11*) работал в институте более 40 лет, вместе с Мечниковым исследуя проблемы иммунитета. Там же в лаборатории Мечникова занимался научными изысканиями Лев Тарасевич (*слайд 12*). В наш институт для стажировки и учебы приезжали многие другие русские микробиологи.

Так, что вот откуда мой русский))).

Ведущий 2

Да... И эти контакты позволили создавать новые научные центры в России. Так, в 1886 году по примеру Луи Пастера Илья Мечников вместе с Николаем Гамалеей организовали первую в России и вторую в мире бактериологическую станцию.

Благодаря принцу А. Ольденбургскому в Санкт-Петербурге появилась Пастеровская станция, а в 1890 году возник Императорский институт экспериментальной медицины.

В 1918-м Лев Тарасевич основал в Москве Станцию по контролю сывороток и вакцин, а спустя год - Государственный институт народного здравоохранения имени Пастера.

Луи Пастер

Я очень люблю свой институт, но в последнее время, ночью, там творятся очень странные вещи. Все перевернулось с ног на голову, перемешались все исследования и открытия. Ученые спорят, кто из них главнее, никто не помнит, как и что сделать, наш Дух микробиологии сходит с ума и разговаривает странными стихами.

Нам очень нужна ваша помощь, чтоб все расставить на свои места.

Пойдемте, посмотрите сами...

На сцену выходит Дух микробиологии

Дух микробиологии:

В каком году вычитывай, в каком краю угадывай,

Собрались все ученые и начали решать:

Кто больше всех своим умом науку продвигает??!!

Быть может вирусологи, кто каждый год пугает нас

рождением новых вирусов и гриппом с ОРВ?

Иль эпидемиологи, друзей опередившие

В познание: где, когда и как, откуда и кому!

Или бактериологи, что в животе у каждого

Находят палок целый лес: шигелл и сальмонелл?))

А может гепатологи, которые с рождения гордятся тем,

Что ведом им латинский алфавит?))

То А, то В, то С, то D, никак не остановятся,

Не могут выбрать буквицу, что больше по душе.
Иль зооантропонозники, клещей всех подсобравшие,
Спирилл поналовившие богатый урожай?))
Иль те из них ученые, в глубины устремленные,
Геном поизучившие и объяснить готовы:
Ну почему ж заразу ту лекарство не берет???)
А может иммунологи, кто стражей тела нашего
В лицо и по фамилии всех знает наизусть?
И много там таких еще, тех, кто детей спасать готов
От кори с дифтерией, краснухи с коклюшем)).
Кричат, орут, ругаются и спорят кто умнее,
Но выглядят, как не крути, и глупо, и смешно.
Науку запустили, что знали – все забыли!
И надо б навести порядок тут, чтоб как-то помогло!

Луи Пастер

Вы видите, какой кошмар????!! Надо что-то с этим делать.
Помогите нам, пожалуйста навести порядок!
Наше почтенное жюри будет наблюдать за вашей работой и оценивать, кто
работал усерднее!

Дух микробиологии представляет жюри

Задание №1. Приветствие команд (слайд 13)

Ведущий 1. Вот наши добровольцы по наведению порядка. Давайте с ними
познакомимся:

Каждой команде дается до 5 минут, чтоб себя представить.

За это задание максимум 5 баллов

Ведущий 1: Попросим жюри оценить это задание.

Задание № 2.

Луи Пастер. Наведите, пожалуйста, порядок в нашей исторической картотеке, где перемешались и годы, и имена ученых, и их достижения, а также в картотеке возбудителей болезней (слайд 14).

(Каждый правильный ответ 2 балла)

1) Расставьте в правильном хронологическом порядке исторические периоды развития микробиологии: (слайд 15)

1. Иммунологический;
2. Морфологический;
3. Физиологический;
4. Эвристический;
5. Молекулярно-генетический;
6. Период открытия антибиотиков.

(ответ: 4, 2, 3, 1, 6, 5)

2) Сторонники какой теории иммунитета опровергали идею И.И. Мечникова о фагоцитах, как о пожирателях микробов? (слайд 16)

- А. Инструктивной;
- Б. Гуморальной;
- В. Клонально-селекционной;
- Г. Теории иммунной сети

(ответ: Б. Гуморальной)

3) Кто получил вакцину от оспы: (слайд 17)

1. Пастер
2. Ивановский
3. Мечников;

4. Дженнер

(ответ: Дженнер)

4) Кто открыл вирусы: (слайд 18)

1. Габричевский
2. Ивановский
3. Самойлович
4. Ермольева

(ответ: Ивановский)

5) Кто в России впервые получил антибиотик – пенициллин и принял участие в организации его производства? (слайд 19)

1. З.В. Ермольева
2. И.Г. Савченко
3. Л.А. Зильбер
4. М.П. Чумаков

(ответ: Ермольева)

6) Кто из исследователей первым высказал предположение, что для нераспространения болезней нужно носить маски, изолировать больного и обрабатывать инструменты уксусом? (слайд 20)

1. Роберт Гук
2. Джироламо Фракасторо
3. Захарий Янсен
4. Роберт Кох

(ответ: Джироламо Фракасторо)

7) Метод дифференциальной окраски, основанный на наличии и особенностях состава клеточной стенки, разработан: (слайд 21)

1. Левенгуком
2. Грамом

3. Кохом
4. Пастером
5. Мечниковым

(ответ: Грамом)

8) Бактериологический метод разработал и ввел в микробиологическую практику: (слайд 22)

1. А. ван Левенгук
2. Р. Кох
3. Л. Пастер
4. Н. Гамалея

(ответ: Р. Кох)

9) Какой антибиотик был открыт А. Флемингом? (слайд 23)

1. Тетрациклин
2. Стрептомицин
3. Пенициллин
4. Ампициллин

(ответ: Пенициллин)

10) Для познания научной истины микробиологи нередко заражали себя возбудителями разных инфекционных заболеваний. Героические опыты самозаражения от больного чумой были проведены: (слайд 24)

1. Луи Пастером
2. Д. Самойловичем
3. Робертом Кохом
4. Г.Н. Минхом

(ответ: Д. Самойловичем)

Дух микробиологии: Попросим жюри оценить это задание.

Задание №3: «Реанимировать» микроскопы в лаборатории Левенгука (слайд 25)

Луи Пастер: Вот лаборатория Левенгука. Конечно, модифицирована, но еще не современная. Ученые избалованы современными микроскопами, с подсветкой, не могли настроить свет в микроскопе с помощью зеркала, сказали, что ничего не видно и микроскопы можно выбросить.

(слайд 26) Ваше задание настроить эти микроскопы и посмотреть микропрепараты.

Один участник команды должен настроить свет в микроскопе, поставить на предметный столик предложенный микропрепарат, настроить изображение и сфотографировать его через окуляр на камеру своего мобильного телефона. Изображение продемонстрировать нашему жюри.

Кто быстрее справился – 5 б.

И соответственно 4, 3, 2, 1.

Время на выполнение 5 мин.

Ведущий 2: Пусть наши члены жюри дадут свою оценку.

Задание №4: Решите ребусы: (слайд 27)

Каждый правильный ответ 3 б.

1. Респираторная вирусная инфекция (*грипп*) (слайд 28)
2. Один из симптомов туберкулёза (*кашель*) (слайд 29)
3. Бактерии-нахлебники (*паразиты*) (слайд 30)
4. Тело многоклеточного гриба (*мицелий*) (слайд 31)
5. Одна из форм биотических связей (*симбиоз*) (слайд 32)
6. Микроскопические одноклеточные грибы (*дрожжи*) (слайд 33)
7. Один из симптомов респираторной инфекции (*насморк*) (слайд 34)

Дух микробиологии: Попросим жюри оценить это задание.

Ведущий 2: В истории человечества есть много примеров феноменальной памяти. Александр Македонский помнил в лицо и по имени 30 тысяч своих солдат. Английский философ Френсис Бекон мог прочесть наизусть многие из своих трудов. Лорд Байрон знал по памяти все свои стихи. Американский ботаник Аса Грей мог по памяти назвать более 25 тысяч различных видов растений. И этот список можно продолжить. Даниил Гранин вывел своеобразную формулу:

«Память – это не талант, но талант, обладая памятью, усиливает его во много раз». А есть ли среди нас люди с феноменальной памятью?

Задание №5. Конкурс «Феноменальная память» (слайд 35)

Ведущий 1. Пусть каждая из команд выберет «феноменального» участника. Участник получит чистый лист бумаги и фломастер.

Вам предлагается набор лабораторного оборудования микробиологической лаборатории (проецируется на экран) , на рассмотрение которого дается 30 сек. За этих 30 с. вы должны все предметы, которые были на слайде. Затем вы отворачиваетесь.

Я задаю вопросы – и вы ответы записываете на листок.

Листы с ответами отдаете жюри.

1 правильный ответ – 2 балла.

И так, поехали!!!

(слайд 36)

После 30 секунд просмотра слайда ведущий задает вопросы, ответы на которые игроки записывают на листок:

1. Сколько предметов находилось на слайде? (12)

2. Назовите эти предметы:

1. 2 чашки Петри,
2. микроскоп,

3. 4 предметных стекла,
4. штатив для пробирок,
5. набор микропрепаратов,
6. пробирка,
7. бактериологическая петля,
8. ручка

3. Какой предмет является «лишним» (не относится к микробиологическому оборудованию) – *ручка*

Луи Пастер: Это было последнее задание. Спасибо всем большое за помощь. Пусть наше жюри оценит последний конкурс и подведет итоги всей игры.

Жюри подводит итоги

Луи Пастер: Вы все нам очень помогли. Показали, как наводить везде порядок. Дальше мы справимся сами. Правда, Дух микробиологии?

Дух микробиологии: Да! Я все понял! И главное понял, что нет главных ученых в микробиологии: все открытия важны, все открытия нужны!!!

До свидания, друзья!!!

Давайте, на прощанье споем песню микробиологов!!! (*слайд 37*)

Песня микробиологов

(автор текста - Максим Варламов, мотив «Крутится вертится шар голубой» Александр Дадали)

1. Много микробов живет на земле,

Не только на суше, но и в воде,

Для их изучения есть предмет,

Занятней его на свете нет.

Припев

Микробиология, микробиология,

Нам интересно тебя изучать,

О разных микробах и вирусах многих

Хочется нам побольше узнать.

2. Все микробы очень малы,

Под микроскопом они видны,

Виды одни вызывают болезни,

Другие могут быть даже полезны.

Много микробов болезнетворных

На коже рук, от грязи чёрных!

Припев

Микробиология, микробиология,

Нам интересно тебя изучать,

О разных микробах и вирусах многих

Хочется нам побольше узнать.

3. Вирусы—страшные наши враги,

От гриппа и СПИДа себя береги,

Вирусным гриппом легко заразиться,

Стоит нам только чуть-чуть простудиться,

Наш организм тотчас ослабеет

И вирус быстро им овладеет.

Припев

4.Микробиологию изучая,
Мы наслаждение все получаем,
Даже когда все зачёты сдадим,
Микробу забыть не захотим.

Припев

Микробиология, микробиология,
Нам интересно тебя изучать,
О разных микробах и вирусах многих
Хочется нам побольше узнать.

Заключение:

Слова преподавателя: Спасибо всем за плодотворную работу на уроке. Урок закончен.

Список использованной литературы:

Основные источники:

1. Камышева К. С. Основы микробиологии и иммунологии : учебное пособие / К.С. Камышева. – Изд.5-е. – Ростов н/Д : Феникс, 2019. – 281 с.
2. Леонова И. Б. Основы микробиологии : учебник и практикум для СПО / И.Б. Леонова. — М. : Изд. Юрайт, 2018. – 298 с.
3. Мальцев В. Н. Медицинская микробиология и иммунология: учебник / В.Н. Мальцев, Е.П. Пашков. – М. : Практическая медицина, 2016. – 512 с.

Интернет-ресурсы:

ВМС Microbiology. Режим доступа: <https://bmcmicrobiol.biomedcentral.com/>
(01.05.2020).