

**Медицинский колледж при АО «Южно-Казахстанская
медицинская академия»**

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Специальность: 009130100 «Сестринское дело»
Квалификация: 5AB09130101 «Прикладной бакалавр сестринского дела»
Форма обучения: очное
Нормативный срок обучения: 3 года 6 месяцев
Индекс циклов и дисциплин: СД 20
Курс: 3
Семестр: 6
Дисциплина: «Улучшение функциональных возможностей»

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 () 2 стр. из 20	

Рассмотрено и утверждено на заседании кафедры.

Протокол № 1 . «27» 08 2024 г.

Заведующий кафедрой  Серикова Б. Д.

ÖNTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»		№72/11 ()
Лекционный комплекс		3 стр. из 20

Лекция №1

1.Тема: Введение. Функциональные способности. Методы поддержки функциональных способностей.

2.Цель: Повысить уровень самодостаточности пациентов за счет поддержки и развития их основных функциональных способностей в повседневной жизни.

3. Тезисы лекций:

- Оценка функциональных способностей.
- Нормальное функциональное состояние.
- Ограниченные функциональные возможности.

Функциональные возможности представляют собой процесс организации медицинских, педагогических и социальных систем, направленных на восстановление и сохранение нарушений функций организма человека, а также определение социальной деятельности, трудоспособности больного или инвалида.

Реабилитология состоит из 3 разделов:

- Психосоматофизиологическое здоровье человека, способ и возможности его восстановления;
- Учение об экологической реабилитации человека и его окружающей среды;
- Метод и умение регулировать мировосприятие.

Медицинская реабилитация-совокупность медицинских мероприятий, направленных на восстановление работоспособности организма больного и компенсацию его возможностей, возникших в результате заболевания.

Реабилитация инвалидов-повышение качества ее жизни. Профессиональная реабилитация инвалидов – частичное или полное восстановление трудоспособности.

Трудовая реабилитация инвалидов-подготовка им подходящей работы.

Социальная реабилитация инвалидов – улучшение качества жизни. Медицина-социальная реабилитация-восстановление физического, психологического и социального статуса больных, потерявших способность в результате болезни, травмы.

Функциональные возможности или восстановление лечения, сложный процесс.Это позволит пациентам восстановить свое здоровье и вернуть их к жизни,обществу, семье.Кроме того, медицинская реабилитация заключается не в традиционном лечении,а в начале лечения,начиная с ранней стадии заболевания.

Сделать медицинская реабилитация, показатели:

- Снижение функциональной способности;
- Нарушение общественных отношений;
- Нарушение трудоспособности.

При медицинской реабилитации необходимо учитывать несколько принципов

1. Ограничение процессов, дополняющих лечение в начальный период реабилитации.
2. Составление индивидуального плана реабилитации.Выбор специального безопасного и действенного лечения в зависимости от нарушенного органа пациента перед организацией реабилитационных мероприятий.
3. Групповые реабилитационные мероприятия составляются с учетом особенностей пациента.При составлении реабилитационных мероприятий помимо медицинских работников могут работать социальный работник,специалист ЛФК,учителя,психологи
- 4.При составлении индивидуальной программы реабилитации больного совместно с коллективом решают перейти его с одного этапа на другой,установить время восстановления трудоспособности.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»		№72/11 ()
Лекционный комплекс		4 стр. из 20

5. Следить за отсутствием перерывов между реабилитационными мероприятиями. То есть мероприятия в стационаре должны продолжаться в санаториях и поликлиниках.

6. Наличие связи между этапами. Полная информация о пациенте, а также о наличии реакции на какие-либо реабилитационные мероприятия должны предоставляться в следующие учреждения.

7. Группировка больных в зависимости от вида заболевания. Результат будет, когда пациенты общаются с людьми, которые уже испытали свою болезнь.

8. Восстановление трудоспособности. Роль лечащего врача в этом этапе велика.

9. Доступ ко всем нуждающимся в реабилитации.

Психологическая подготовка пациента к социальной среде и восстановлению работоспособности после болезни или травмы. Обучение уходу за собой, ходьбе по улице, езде на общественном транспорте, формированию профессиональных привычек. Обучение социальному уходу за больным.

4. Наглядный материал: слайд 15-20

5. Литература:

6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Что такое функциональные способности?
2. Как оценить функциональные способности?
3. Какие существуют методы поддержки и развития?
4. в чем суть каждого человека в составлении индивидуального плана?
5. как Мотивация помогает в развитии функциональных способностей?
6. какими должны быть меры безопасности?
7. какова роль специалиста в поддержке функциональных способностей?
8. Как правильно оценить способности услугополучателя?
9. Как измерить эффективность поддержки?
10. каков психологический аспект реабилитации?

Лекция №2

1. Тема: Обязанности медицинской сестры при проведении реабилитационных мероприятий. Проблемы психологической реабилитации, ее виды и методы.

2. Цель: Улучшение физического и психоэмоционального состояния сестринского пациента во время реабилитации. Проблемы психологической реабилитации, реализация ее видов и методов.

3. Тезисы лекций:

- Понятие реабилитационных мероприятий.
- Цели и задачи реабилитации.
- Виды реабилитационных мероприятий.
- Роль медицинской сестры в реабилитационном процессе.

В соответствии с приказом министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 октября 2020 года № ДСМ-116/2020 (обновлено 25.08.2022 г.) "Об утверждении Правил оказания медицинской реабилитации", приказом министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2023 года № 65 "Об утверждении Стандарта организации оказания медицинской реабилитации".

Оказывается медицинская реабилитация:

- в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) при лечении основного заболевания (первый этап медицинской реабилитации), а также больных туберкулезом;
- 10 пересмотров по перечню заболеваний в системе обязательного социального медицинского страхования (далее – ОСМС) по кодам Международной статистической

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()
Лекционный комплекс	5 стр. из 20

классификации заболеваний и проблем, связанных со здоровьем (второй и третий этапы медицинской реабилитации);

- на платной основе за счет собственных средств граждан, средств добровольного медицинского страхования, средств работодателей и иных источников, не запрещенных законодательством Республики Казахстан.

Дистанционные медицинские услуги-исследования и оценки посредством цифровых технологий, диагностики, лечения, медицинской реабилитации и профилактики заболеваний и травм, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников друг с другом, с физическими лицами и (или) их законными представителями, идентификацию указанных лиц, а также документирование совершаемых ими действий оказание медицинских услуг с целью проведения;

Медицинская реабилитация-комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение, частичное или полное восстановление нарушенных и (или) утраченных функций организма пациента;

Мультидисциплинарная группа-разнообразная группа специалистов, формирующаяся в зависимости от характера и степени жизнедеятельности больного, нарушения функций и структур его организма, тяжести его клинического состояния;

Реабилитационный потенциал-клинически обоснованная вероятность того, что пациент частично или полностью восстановит нарушенные и (или) утраченные функции организма в течение определенного периода времени;

Санаторно-курортные организации-организации, оказывающие санаторно-курортные услуги по оздоровлению и восстановлению здоровья человека с применением природных лечебных факторов, медицинские и иные услуги, расположенные на курортах или в лечебно-оздоровительных учреждениях: санаторий (для взрослых, взрослых и детей, детей), студенческий санаторий-профилакторий, детский реабилитационно-оздоровительный центр.

4. Наглядный материал: слайд 15-20

5. Литература: см. последнюю страницу

6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Каковы основные задачи и цели реабилитационных мероприятий?
2. На чем основаны принципы и методы реабилитации и как их применять?
3. Как медицинская сестра правильно оценивает состояние пациента?
4. Как реализуется обязанность медицинской сестры оказывать психологическую поддержку больному?
5. Какова социальная адаптация и роль медицинской сестры в этом процессе?
6. Какова роль медицинской сестры при составлении плана реабилитации?
7. Каковы меры безопасности при выполнении реабилитационных мероприятий?
8. Какую информацию должна предоставить медицинская сестра родственникам больного?
9. Как медицинская сестра контролирует и оценивает результаты реабилитационного процесса?
10. Какую роль играет взаимодействие медицинской сестры и других специалистов в проведении реабилитационных мероприятий?

Лекция №3

1. Тема: Принципы и методы реабилитации. План реабилитации.

Цель: Целью принципов и методов реабилитации больного является повышение самостоятельности, обеспечение ежедневной реадaptации через восстановление физического, психоэмоционального и социального положения.

2. Тезисы лекций:

- Организация реабилитационных мероприятий.

ONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()
Лекционный комплекс	6 стр. из 20

- Средства, используемые при реабилитации.
- Этапы реабилитационных мероприятий.

Толчком к развитию реабилитации как науки послужили войны: Первая мировая война и Вторая мировая война. В связи с достижениями медицины, санитарии, гигиены значительно снизилась заболеваемость и смертность от острых инфекционных заболеваний. Кроме того, ускорение научно-технического прогресса, но пытается восстановить нарушенные болезнью функции человека, а также его социальные связи. Реабилитация-восстановление здоровья, функционального состояния и трудоспособности, нарушенных заболеваниями, травмами или физическими, химическими и социальными факторами.

Цель реабилитации-эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов к бытовым и трудовым процессам, обществу; восстановление личностных качеств человека. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) дает очень близкое определение реабилитации: "реабилитация-это набор мер, направленных на обеспечение адаптации людей с нарушениями функций из-за болезней, травм и врожденных дефектов к новым условиям жизни в обществе, в котором они живут". Термин реабилитация происходит от латинского слова *habilis* – "способность", *rehabilis* – "восстановление способности".

По данным ВОЗ, реабилитация-это процесс, направленный на оказание всесторонней помощи пациентам и инвалидам для достижения максимально возможного уровня физического, психического, профессионального, социального и экономического развития во время болезни. Таким образом, реабилитацию следует рассматривать как сложную социально – медицинскую проблему, которую можно разделить на несколько типов или аспектов : медицинскую, физическую, психологическую, профессиональную (трудовую) и социально – экономическую. Первое и основное направление реабилитации (медицинское и физическое) – восстановление здоровья больного путем комплексного использования различных средств, направленных на максимальное восстановление нарушенных физиологических функций организма, а в случае невозможности этого-развитие компенсаторных и заместительных средств (функций). Психологический аспект реабилитации направлен на коррекцию психического состояния пациента, а также на формирование у него отношения к лечению, медицинским рекомендациям и реабилитационным мероприятиям. Необходимо создать условия для психологической адаптации пациента к измененной жизненной ситуации, связанной с заболеванием.

Профессиональный аспект реабилитации затрагивает вопросы трудоустройства, профессионального обучения и переобучения, определения трудоспособности больных.

Социально-экономическая реабилитация-возвращение пострадавшему экономической независимости и социальной ценности. Эти задачи решают не только медицинские учреждения, но и органы социального обеспечения. Из всего этого ясно, что реабилитация – это многогранный процесс восстановления здоровья человека и его реинтеграции в трудовую и социальную жизнь. Конечно, виды реабилитации следует рассматривать в единстве и взаимосвязи. Три вида реабилитации (медицинская, трудовая и социальная) соответствуют трем классам последствий заболеваний: 1) медико-биологические последствия заболеваний, заключающиеся в отклонении от нормального морфофункционального состояния; 2) снижение трудоспособности или трудоспособности в широком смысле слова; 3) социальная адаптация, т. е. нарушение связей с семьей и обществом. Из этого следует, что восстановление больного после болезни и его выздоровление-это не одно и то же, так как помимо восстановления здоровья пациента необходимо восстановить его работоспособность (трудоспособность), социальный статус, то есть вернуть человека к полноценной жизни в семье, обществе, коллективе.

Особенностью современной патологии является усиление перехода острых форм заболевания в рецидивирующие и хронические, а также рост первичной хронической патологии внутренних органов. Эти заболевания являются причинами снижения (ограничения)

ONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()
Лекционный комплекс	7 стр. из 20

жизненных и социальных функций. В связи с этим организация своевременной диагностики и проведение восстановительных мероприятий является одной из первоочередных задач медицины.

Проблема реабилитации больных и инвалидов привлекает все большее внимание во всех странах мира. Чтобы лучше координировать работу специалистов, работающих в области реабилитации, ВОЗ предложила "руководство по классификации последствий болезней и причин инвалидности", в котором болезни рассматриваются и классифицируются не как нозологические формы, а как последствия перенесенных заболеваний и травм.

"Международная номенклатура нарушений, ограничений и социальной недостаточности жизнедеятельности" (инструкция по классификации причин заболеваний и инвалидности) предлагает следующую единую концепцию последствий заболевания.

Человек начинает понимать, что в его организме что-то происходит, иными словами, патологическое состояние реально проявляется, материализуется. В большинстве случаев человек сам знает картину болезни, которую можно определить как "клиническое состояние". Таким образом, клиническая ситуация включает в себя патологические изменения, проявления заболевания и реакцию больного на его состояние. Длительное заболевание подразумевает развитие нарушений, аномальное строение тела, изменение внешнего вида, а также нарушение функционирования органов и систем организма. Расстройство-это расстройство на уровне органов.

4. Наглядный материал: слайд 15-20

5. Литература: смотреть последнюю страницу

6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Какова основная цель и значение реабилитации?
2. Каковы принципы реабилитации и как осуществляется их применение?
3. Какие основные методы используются в реабилитации?
4. В чем важность психологической реабилитации?
5. Каковы этапы реабилитации и какие цели ставятся в каждом из них?
6. Как правильно оценить состояние больного?
7. Как составить план реабилитации?
8. Как осуществляются меры социальной адаптации?
9. Как контролировать и оценивать результаты реабилитации?
10. Какова роль медицинской сестры в реабилитации?

Лекция №4

1. Тема: Общие принципы реабилитации больных с патологиями сердечно-сосудистой системы.

2. Цель: Улучшить функциональные возможности сердечно-сосудистой системы пациента, обеспечить стабильность работы сердца и нормализовать кровообращение.

3. Тезисы лекций:

- Общая характеристика заболеваний сердечно-сосудистой системы.
- Причины заболеваний сердечно-сосудистой системы.
- Симптомы и диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы.

В реабилитации пациента работает группа специалистов в составе врачей, физиотерапевтов, эрготерапевтов, психологов, логопедов, медсестер и помощников по уходу. Реабилитационная задача медсестры-не только вовремя принести пациенту лекарства и выполнить медицинские процедуры. Медсестры организуют процесс ухода, чтобы пациент чувствовал себя комфортно и безопасно в клинике, а также был максимально независимым. Медсестра проводит с пациентом больше времени, чем другие специалисты, и лучше понимает его потребности. Проявляется снижением работоспособности человека. Лечебно-

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 () 8 стр. из 20	

профилактический эффект лечебной гимнастики или лечебной физкультуры при сердечно-сосудистых заболеваниях заключается в ускорении лимфоузла и кровотока, увеличении объема циркулирующей крови(ЦКБ), ускорении обмена веществ в тканях, улучшении микроциркуляции, нормализации артериального давления, улучшении когнитивных функций , ускорении восстановления поврежденных тканей и, как следствие, в повышении функционального и психоэмоционального статуса человека в связи с приходом (ЦРБ).сон, настроение и т.д.).Этапы реабилитации. Прежде чем переходить к этапам ЛФК при имеющихся у пациента сердечно-сосудистых заболеваниях, необходимо подчеркнуть важность профилактики данной патологии и в этом контексте понять важность проведения гигиенической лечебной гимнастики (утренняя гимнастика) в домашних условиях и в условиях труда (пять минут физической подготовки).

1 этап-проведение ЛФК на оперативном этапе. Как правило, занятия проходят только в мягких режимах (лежа и сидя) с постепенным расширением режима и нагрузки. Решение об уровне нагрузок принимается реабилитологом совместно с лечащим врачом (терапевтом, кардиологом, невропатологом).

2 этап-проведение ЛФК в период выздоровления. В этот период режим расширяется по желанию реабилитолога, и занятия проводятся в сидячем и стоячем положении, разрешается ходить по горизонтальной поверхности. Затем, в благоприятный период восстановительного периода, пациентам в основном дают частичную прогулку сверху вниз, а затем оценивают степень кардиотренировки снизу вверх. Занятия включаются в бассейне или на тренажерах и т.д.

3 этап-поддержка. Главная задача на данном этапе-стабилизация и укрепление навыков, приобретенных у пациента, развившихся на предыдущих этапах реабилитации. Повышение его работоспособности и выносливости, устойчивости к нагрузкам и,как следствие, максимальное "возвращение"к прежнему физическому, психоэмоциональному и социальному статусу. Регистр больных с патологиями сердечно-сосудистой системы в 2018 г. Как густонаселенный регион страны составил 2,46 млн. долл. создан в Южно-Казахстанской области. По материалам 3-го съезда врачей и провизоров РК за 2011 г. В Восточно-Казахстанской области зарегистрировано 4500 случаев церебрального инсульта. Выявлено 2387 случаев острых нарушений мозгового кровообращения у мужчин (53%), 2010-у женщин (47%). Начало инсульта у мужчин: до 50 лет – 18%, до 50-59 лет – 35%, до 60-69 лет – 21%, до 70-79 лет – 17%; старше 80 лет – 9%; женщины: до 50 лет – 22%, до 50 - 59 лет – 21%, до 60 – 69 лет – 22%; до 70-79 лет – 23%; старше 80 лет – 12%. Таким образом, у мужчин трудоспособного возраста (до 60 лет) инсульт впервые случился у 53% и у 43% женщин, что свидетельствует о «омоложении» инсульта. Такое распределение церебрального инсульта по частоте согласуется с выводами многих аналогичных популяционных исследований и соответствует общероссийским и региональным показателям.

Задачи реабилитации пациентов после инсульта:

- восстановление нарушенных функций;
- социальная и психологическая реадaptация;
- профилактика осложнений в постинсультном периоде;
- профилактика рецидивирующих инсультов;
- Инсульт является результатом повреждения нервных клеток в головном мозге:
- закупорка кровеносных сосудов или кровоизлияние в мозг

Оба типа инсульта могут мешать движению. Кровотечение или закупорка на одной стороне мозга влияет на движение на противоположной стороне тела. Это называется гемиплегией: "hemi" = половина и "plegia" = паралич. Одна сторона тела слабая. Проблемы, вызванные инсультом, у всех разные.

4. Наглядный материал: слайд 15-20

5. Литература: смотерть последнюю страницу

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()
Лекционный комплекс	9 стр. из 20

6. Контрольные вопросы(обратная связь)

1. Что такое патология сердечно-сосудистой системы и каковы ее виды?
2. Каковы основные принципы реабилитации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями?
3. Каковы особенности патофизиологии и лечения сердечно-сосудистых заболеваний?
4. Как составляется план реабилитации для больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы?
5. Как физическая активность и физические упражнения влияют на пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы?
6. Как организуется психоэмоциональная поддержка у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями?
7. Каковы меры по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и предотвращению повторных осложнений?

Лекция №5

1. Тема: Основные принципы реабилитации больных с патологиями центральной и периферической нервной системы.

2. Цель: Восстановление поврежденных частей центральной и периферической нервной системы, улучшение здоровья пациента и повышение качества жизни.

3. Тезисы лекций:

- Поражение центральной и периферической нервной системы.
- Основные принципы реабилитации.
- Роль медицинской сестры в реабилитации.

Комплекс реабилитационных мероприятий разрабатывается индивидуально для каждого пациента, страдающего неврологической патологией. Основным методом реабилитации в этом направлении является применение лечебной физкультуры с механотерапией. Психология здоровья-это глубоко укоренившиеся корни научной и клинической психологии, психоаналитической и психосоматической медицины. Задача психологии здоровья-применение теории, развитие психологического здоровья и сохранение физического здоровья, рассмотрение системной позиции, специфической формы заболевания. При сохранении психического здоровья человека учитывается изменение сознания, жизненная мотивация здоровья, развитие жизненных ценностей. Физическое здоровье человека составляет общее состояние здоровья. Психика-отражает высокоорганизованную материю, мозг, активность формы реальности субъекта и объекта.

Психическое здоровье - это состояние равновесия между человеком и внешним миром, соответствие его реакции по отношению к социальной среде, физическим, биологическим и психическим воздействиям, соответствие между силой нервной реакции и внешними раздражителями, гармония между человеком и его окружением, сочетание мнения человека об истинной объективности с мнением других людей, соответствие его реакции на любую ситуацию жизни критический взгляд.

Можно показать три уровня, которые выражают здоровье психики человека:

- Уровень здоровья психофизиологии (определяется деятельностью, состоянием центральной нервной системы);
- уровень здоровья в психологии личности (определяется состоянием психической деятельности, деятельностью);
- уровень здоровья личности (определяется соотношением потребностей человека и требований, возможностей социальной среды);

ÖNTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»		№72/11 ()
Лекционный комплекс		10 стр. из 20

Очевидно, что на каждом уровне психики человека показатели нормы и аномалий имеют свою систему медико-психологических и социальных ценностей. Негативные изменения могут произойти как на первом, так и на втором уровне, а также на третьем уровне. Отклонения в уровне психофизиологического здоровья проявляются в различных типах нервных расстройств, которые возникают как в центральной нервной системе, так и в периферических системах (мигрень, невралгия, неврит, полиневрит и др.). Аномалии на уровне здоровья в психологии личности вызывают ряд психических заболеваний (восприятие, мышление, память и др.), что приводит к отклонениям в способностях. Отклонения в уровне здоровья личности приводят к изменению направления нормальной жизни личности с окружающей ее социальной средой (наркомания, пьянство, преступник и др.) /5/. Ряд типов психических заболеваний и умственной отсталости наследуются. Прежде чем спроецировать рождение ребенка, используется медико-генетическое консультирование для определения наличия психического заболевания у его породы. Это особая форма медицинской помощи, которая определяет возможность (риск) того, что конкретный родитель родит больного ребенка. На физическое развитие большое влияние оказывают многие факторы: генетическая информация: от физически сильных, высоких родителей рождаются дети с большим весом и высоким ростом. У родителей, которые слишком молоды или слишком стары, рождается ребенок меньшего веса и роста. Один ребенок-это ребенок матери, первая мать будет крупнее своего ребенка.

- Гормональные: СПГ –гормон роста, половые и др. гормоны
- Алиментарные: питание ребенка, авитаминоз и др.
- Социально-бытовой фактор: условия жизни
- Климатические условия: жаркий климат и горная местность замедляют тенденцию к росту и ускоряют созревание.
- Наличие хронических или фоновых патологий.

4. Наглядный материал: слайд 15-20

5. Литература: смотреть последнюю страницу

6. Контрольные вопросы(обратная связь)

1. Правильная оценка функционального состояния, двигательных способностей, чувствительности и психоэмоционального состояния больных с патологиями центральной и периферической нервной системы.
2. Разработка индивидуального плана реабилитации для пациента с патологией нервной системы, в том числе внедрение мер физической, психоэмоциональной и социальной поддержки.
3. Подбор физиотерапии и двигательных упражнений в соответствии с состоянием пациента и наблюдение за их выполнением.
4. Оказание психологической помощи больному, использование методов управления стрессом, депрессией.
5. Постоянный контакт с больным.
6. Соблюдение мер безопасности в реабилитационные периоды.

Лекция №6

1. Тема: Основные принципы реабилитации больных с патологией мочевыделительной системы и почек.

2. Цель: Нормализация мочевыделительной функции больных с патологиями мочевыделительной системы и почек и улучшение их здоровья.

3. Тезисы лекций:

- Строение и функции мочевыделительной системы.

ÖNTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 () 11 стр. из 20

- Патологии мочевыделительной системы и почек.
- Основные принципы восстановления патологии мочевыделительной системы.

Основными жалобами, характерными для заболеваний почек и мочевыводящих путей являются: боль - головная боль, боль в почках и мочевыводящих путях, боль в сердце, боль при сидении на моче, отеки, нарушение мочеиспускания, нарушение зрения, одышка, приливы и кожный зуд.

При поражении почек и мочевыводящих путей боль возникает в пояснице, вдоль мочевыводящих путей и в мочевом пузыре. Постоянная и судорожная форма боли может наблюдаться либо с одной стороны, либо с обеих сторон одинаково.

Постоянная жгучая боль при двусторонней почечной недостаточности без известной иррадиации характерна для острого и хронического гломерулонефрита, пиелонефрита и «кровоостанавливающей почки» /сердечной недостаточности/. Механизм боли при указанных заболеваниях возникает при воспалении или кровоостанавливании из-за того, что почки увеличиваются в размерах и напрягают внешнюю капсулу, рецепторы в капсуле раздражаются.

Судорожная боль, возникающая в области почек и распространяющаяся по мочевому пути вниз по мочевому пузырю или около мочевого пузыря, возникает при мочекаменной болезни. Механизм этой боли обусловлен тем, что камень, двигаясь по мочевому пути, вызывает его уплотнение и травмирует. Эта боль настолько сильна, что пациент очень беспокоится, не находя комфортного положения, в котором эта боль утихнет. Это состояние называется почечной коликой.

Синдром мочи:

Изменение цвета мочи. При заболеваниях почек пациенты жалуются на изменение цвета мочи. При остром диффузном гломерулонефрите цвет мочи становится «как при промывании мяса» /микрогематурия/, при мочекаменной болезни цвет мочи становится красным из-за смешения крови /макрогематурия/ это состояние встречается при опухолях почек. Цвет мочи может меняться в зависимости от действия лекарств: красновато - коричневый - от наличия кислых солей /уратов/ в моче, пивной - от печеночной желтухи, темно-коричневый - от поверхностной печеночной желтухи.

Цвет мочи может быть мутным из-за длительного переувлажнения, смешивания лейкоцитов, слизи, крови. Моча, смешанная с солями, становится прозрачной.

Изменение цвета мочи. При заболеваниях почек пациенты жалуются на изменение цвета мочи. При остром диффузном гломерулонефрите цвет мочи становится «как при промывании мяса» /микрогематурия/, при мочекаменной болезни цвет мочи становится красным из-за смешения крови /макрогематурия/ это состояние встречается при опухолях почек. Цвет мочи может меняться в зависимости от действия лекарств: красновато - коричневый - от наличия кислых солей /уратов/ в моче, пивной - от печеночной желтухи, темно-коричневый - от поверхностной печеночной желтухи.

Цвет мочи может быть мутным из-за длительного переувлажнения, смешивания лейкоцитов, слизи, крови. Моча, смешанная с солями, становится прозрачной.

Изменение выделения мочи.

Поллакиурия-частое мочеиспускание.в основном для воспаления мочевого пузыря и надувного кровообращения характерны.В нормальных условиях сидение на моче происходит 4-7 раз в сутки..

Никтурия-преобладающее выделение мочи ночью /ночью/.

Полиурия-обильное выделение мочи, суточное количество мочи. Более 2литров.

Олигурия-небольшое выделение мочи, суточная доза составляет менее 500 мл.

Изурия-это когда моча выделяется в одном и том же количестве в течение суток с течением времени.

Анурия-это когда моча вообще не выделяется почками.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()
Лекционный комплекс	12 стр. из 20

Ишурия-это неспособность пациента опорожнить мочевой пузырь самостоятельно.

Дизурия-болезненность, возникающая при мочеиспускании и сидении в моче.

Стрэнгурия-это болезненная боль, которая возникает при выделении мочи.

Изогипостенурия-снижение плотности мочи при полиурии.

4. Наглядный материал: слайд 15-20

5. Литература: смотерть последнюю страницу

6. Контрольные вопросы(обратная связь)

1. Какова структура и функции мочевыделительной системы?
2. Какую функцию выполняет почка и каковы ее особенности строения?
3. Как происходит процесс образования мочи?
4. Каковы основные заболевания мочевыделительной системы (гломерулонефрит, пиелонефрит, цистит, уретрит и др.)?
5. Какие основные симптомы наблюдаются при патологиях мочевыделительной системы?
6. Каковы виды почечной недостаточности и ее симптомы?
7. Каковы методы диагностики заболеваний мочевыделительной системы?
8. Какие меры можно предпринять для профилактики осложнений заболеваний мочевыделительной системы?
9. При каких условиях используются трансплантация почки и гемодиализ?
10. Какова роль реабилитационных мероприятий и сестринского ухода при патологиях мочевыделительной системы?

Лекция №7

1. Тема: Организация системы реабилитации акушерско-гинекологических больных.

2. Цель: Улучшение психологического состояния женщин после акушерских и гинекологических заболеваний, профилактика дистресса и депрессии.

3. Тезисы лекций:

- Психологическое воздействие акушерских и гинекологических заболеваний.
- Особенности реабилитации акушерско-гинекологических больных.
- Методы профилактики стресса и депрессии.

Акушерская наука-это отрасль медицинской науки, которая оказывает медицинскую помощь беременным, рожаящим и рожаящим женщинам.

Оно происходит от французского слова accoucher-родить. Эта наука изучает физиологические, патологические явления в организме женщины в период фертильности, беременности, родов и послеродового периода, а также осложнения беременности, родов, лечение, меры профилактики. Беременным женщинам, роженицам и роженицам оказание медицинской помощи. Первый врач акушер-гинеколог по беременности и ее хранению у женщин обязательно: "Должен подробно ознакомиться с анамнезом "Изучение специфики репродуктивных функций; соответственно, используя информацию регистров, необходимо определить течение предыдущей беременности и смертность Уточнение состояния здоровья супруга, группа крови и состав резуса; изучение характера производства, где работают супруги, проступки; осуществление ранней постановки на учет и регистрация в день выявления беременности врачом акушером-гинекологом; ранний охват беременных до 12 недель для своевременного обследования определение наличия противопоказаний к вынашиванию беременности;

Диспансеризация беременности первичный комплекс обязательного лабораторного обследования (СКВ, взв, группа крови и резус-фактор, Вассермана, кровь на реакцию НВsAg(гепатит В), исследование на ВИЧ по согласованию с пациентом, бактериоскопия на степень облысения) и исследование крови на генетические маркеры сыворотки для выявления

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()	
Лекционный комплекс	13 стр. из 20	

хромосомных заболеваний и врожденных аномалий плода в течение 10-13 недель 6 дней и 16-20 недель 6 дней;

тройной скрининг ультразвукового исследования на сроке беременности 10-14, 20-22, 32-34 недели осмотр терапевта на сроке 30 недель беременности и при первом посещении по медицинским показаниям. Терапевт в случае медицинских показаний направляет беременную к профильным специалистам, при наличии экстрагенитальной патологии беременная подлежит диспансеризации у врача терапевта акушерско-гинекологического отделения. Все данные запроса и обследования среди женщин, а также назначения и консультации записываются на индивидуальную карту беременных и рожениц и карту замещения-оповещения по формам № 111/у, № 113/у. При каждом посещении, утвержденным приказом МЗ РК № 907

Дополнительные данные последующих осмотров и обследований отмечаются на карте при каждом посещении беременными женщинами врача акушера-гинеколога.

В форме № 111/у врач или акушер во время каждого посещения определяет положение женщин, при каждом посещении заполняется гравидограмма (графическое представление высоты дна матки) от 20 недель. При оценке суммарной массы тела во время беременности учитывается показатель роста-массы тела беременной женщины в зависимости от телосложения (рассчитывается индекс массы тела). Необходимо вести учет пациентов с отклонениями в индексе массы тела

Форма № 111 / у хранится в картотеке в каждом кабинете акушера-гинеколога. Форма № 113/у выдается беременной при первом посещении и картотека находится в ней на протяжении всей беременности для предоставления по месту наблюдения и в другие медицинские организации. Беременные женщины, не явившиеся на прием в течение 3 дней после установленной даты, подлежат патронажу на дому акушером или патронажем медицинской сестры. Данные о результатах посещения патронажа вносятся акушером в форму № 111/у и форму № 113/У. Патронаж на дому по показаниям проводит врач акушер-гинеколог

Беременные с акушерскими осложнениями госпитализируются в родильных организациях в отделении патологии беременности с учетом принципа регионализации перинатальной помощи. При наличии экстрагенитальных заболеваний осуществляется госпитализация беременных в специализированное отделение по профилю.

В комплекс обязательного повторного обследования в срок 30 недель включаются: общий анализ крови, общий анализ мочи, бактериоскопическое исследование мазка из влагалища на реакцию Вассермана, степень облысения на ВИЧ по информированному согласованию с пациентом. По показаниям необходима повторная консультация терапевта, других специалистов.

При патронаже осуществляется опрос, надлежащий осмотр родильниц, измерение АД, пульса, температуры тела и пальпация груди и живота, оценка потерь от половых путей. Вагинальное исследование проводится по показаниям. С родившимися проводится разъяснительная работа с вновь поступившими беременными женщинами на период кормления ребенка молоком, по планированию семьи и срокам обращения за противозачаточными средствами, а также на консультацию для подбора контрацепции. Организация амбулаторно-поликлинической гинекологической помощи населению предусматривает проведение мероприятий по профилактике гинекологических заболеваний, их раннее выявление, диспансерное наблюдение, оказание лечебной и реабилитационной помощи больным гинекологическими заболеваниями, направление для оказания специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи.

Выявление гинекологических заболеваний осуществляется по приему женщин, обратившихся в акушерско-гинекологическое отделение (кабинет), в том числе по беременности, по обследованию женщин в смотровых кабинетах организаций ПМСП, по проведению профилактических осмотров женщин.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»		№72/11 ()
Лекционный комплекс		14 стр. из 20

Каждой женщине, впервые обратившейся в акушерско-гинекологическое отделение (кабинет), открывается медицинская карта амбулаторного пациента по форме № 025/у, утвержденной Приказом МЗ РК № 907.

Больному, которому показано стационарное лечение, выдается направление на госпитализацию, а плановым больным-направление через портал Бюро госпитализации. Акушер участка делает запись в медицинской карте амбулаторного пациента (форма № 025/у) о фактической госпитализации женщин. После выписки больного из стационара врач акушер-гинеколог отделения (кабинета) принимает во внимание рекомендации врача гинекологического отделения. Сведения из выписки из медицинской карты стационарного больного переносятся в медицинскую карту амбулаторного пациента (форма № 025/у). Выписка остается у больного.

При обращении беременной за направлением на искусственное прерывание беременности после определения срока беременности и отсутствия медицинских противопоказаний к медицинскому аборту врач акушер-гинеколог разъясняет риски и вред прерывания беременности, проводит консультации по вопросам сохранения репродуктивного здоровья и индивидуального выбора современных средств и методов контрацепции. Обследование и госпитализация для искусственного прерывания беременности (абортов) проводятся в установленном законодательством порядке.

4. Наглядный материал: слайд 15-20

5. Литература: смотреть последнюю страницу

6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Из каких видов состоят акушерские и гинекологические патологии и каковы их особенности?
2. Какие основные принципы организации реабилитационной системы для акушерских и гинекологических больных?
3. Какие физические и психоэмоциональные изменения происходят в процессе реабилитации акушерско-гинекологических больных?
4. Какие методы и приемы используются в ходе реабилитации для пациентов с акушерской и гинекологической патологией?
5. Как осуществляются меры профилактики инфекций во время реабилитации?
6. Какое значение психоэмоциональной поддержки и как ее организовать?
7. Как осуществляются меры поддержки социальной и профессиональной адаптации акушерско-гинекологических больных?
8. Какие методы контроля и оценки состояния здоровья пациента в процессе реабилитации?
9. Какие основные этапы составления и реализации планов реабилитации?
10. Как должен быть организован личный уход и гигиена в процессе реабилитации акушерских и гинекологических больных?

Лекция №8

1. Тема: Основные принципы реабилитации больных хирургической и травматологической сфер.

2. Цель: Восстановление физических функций пациента после хирургических и травматологических операций или травм, повышение двигательной активности.

3. Тезисы лекций:

- Реабилитационные мероприятия для хирургических и травматологических больных.
- Основные принципы реабилитации.
- Реабилитация хирургических и травматологических больных.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()	
Лекционный комплекс	15 стр. из 20	

Подготовка больных к экстренным, оперативным, плановым операциям. Участие в подготовке операционной части и операционного материала. Особенности подготовки больных к различным операциям. Состояние пациента на операционном столе в зависимости от типа операции. Предоперационный период. Подготовка больных к операции. Особенности подготовки к операции пожилых, слабых больных и детей. Подготовка операционной площадки: участие в работе по очистке кожи, бритью волос и т.д. Подготовка к операции. Виды уборки помещения. Подготовка операционного тканевого материала, перевязочных материалов к обеззараживанию. Предоперационная чистка медицинских приборов. Размещение их в биксе. Раскатайте чистый стол. Оценка состояния пациента. Транспортировка наукаса в операционную и из нее. Десмургия, виды перевязок. Изготовление чистых повязок. Первичная хирургическая очистка РАН. Раны, виды, стадии заживления. Участие в эндоскопическом обследовании. Виды швов. Шить и снимать их. Типы кровотечений. Остановить кровотечение. Уход за науками с тяжелыми травмами и множественными травмами. Определение группы крови, резус-фактора, пробы на идентичность. Препараты крови, сроки хранения. Показания и обратные показания к их применению. Встречающиеся осложнения. Первая помощь, которая им оказывается. Сестринский процесс в лечении травматологического больного. Изготовление гипсовых повязок и лангетов. Снятие штукатурки. Травмы, повреждения и переломы костей. Транспортировка 6 Установка иммобилизации. Участие в постановке натяжения скелета. Их клинические проявления и лечение. Особенности ухода за больными тяжелой харакатгой, лежащими на натяжителе Канки.

4. Наглядный материал: слайд 15-20

5. Литература: смотерть последнюю страницу

6. Контрольные вопросы(обратная связь)

1. Из каких видов состоят хирургические и травматологические патологии и каково их влияние на процесс реабилитации?
2. Какие основные принципы реабилитационного процесса?
3. Как проводится оценка физического состояния хирургических и травматологических больных?
4. Какие физиотерапевтические методы должны применяться к пациентам в период восстановления?
5. Какие основные методы и подходы к управлению болью?
6. Какие меры необходимо предпринять для профилактики инфекций?
7. Какое значение психоэмоциональной поддержки и как ее реализовать?
8. Как необходимо поддерживать социальную и профессиональную адаптацию хирургических и травматологических пациентов?
9. Какие основные этапы и требования к составлению плана реабилитации?
10. Какие методы мониторинга и оценки здоровья пациентов в ходе реабилитации?

Лекция №9

1. Тема: Основные принципы реабилитации больных с ограниченными двигательными возможностями.

2. Цель: Улучшение двигательных способностей пациентов с ограниченными физическими возможностями, восстановление мышечной силы с помощью физических упражнений и физиотерапии.

3. Тезисы лекций:

- Причины ограничения движений.
- Значение двигательной активности.
- Методы реабилитации.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»		№72/11 ()
Лекционный комплекс		16 стр. из 20

Ограничение двигательной активности приводит к функциональным и структурным изменениям организма и сокращает его жизнь.

Движения-условие существования животного мира и его прогресса в эволюции. Движения-условие существования животного мира и его прогресса в эволюции. Накопление энергоресурсов в запасе, их экономное расходование в состоянии покоя и, как следствие, продление жизни зависит от активности скелетных мышц. В этом смысле действия скелетных мышц с небольшим темпом становятся более эффективными.

Опыт показывает, что двигательная активность подавляет инволюционные изменения, происходящие с возрастом, способствует продлению периода активной созидательной жизни. От богатства общества зависит научно-технический прогресс, социально-экономическое развитие, здоровье личности. Другими словами, здоровье растущей молодежи-важная социальная категория. Среди факторов сохранения здоровья ведущую роль играет физическое воспитание. У тех, кто занимается физическим воспитанием, в большей степени сохраняются возможности выполнять черный труд и умственный труд, чем у тех, кто им не занимается. Низкая двигательная активность пагубно сказывается на здоровье. В первую очередь он вызывает сердечно-сосудистые заболевания, нарушения обмена веществ. Физические упражнения могут предотвратить атеросклеротические изменения кровеносных сосудов, снизить риск ишемической болезни сердца. Устойчивость к изменениям, происходящим во внутренней среде организма в процессе выполнения физических упражнений, является уникальным свойством тренированного организма. Кроме того, физические упражнения также повышают стойкость человека к вредным факторам внешней среды. Дети, систематически занимающиеся спортом, имеют крепкое здоровье и низкую заболеваемость простудными заболеваниями. В условиях школьной жизни естественная потребность в движениях, необходимых для нормального физического развития и здоровья, ограничена. В центре внимания учителя физкультуры, тренера спортивной школы должна быть в первую очередь оздоровительная роль физических упражнений. Кимыл-двигательную активность в дневнике следует рассматривать как естественную основу для накопления резервов здоровья. На современном этапе развития общества одним из эффективных средств оздоровления молодежи является спорт. Спорт-дисциплинирующий фактор высокой степени. Это дисциплина, обусловленная внутренней потребностью организма в период естественной, системной мышечной работы. Он против нарушения строгого режима, который борется с привилегиями дисциплина.

Обучение произвольным движениям произвольные двигательные действия человека

Развитие учения о добровольном движении. Движения человека условно можно разделить на две группы: произвольные и непроизвольные. Произвольные движения, входящие в состав спортивных упражнений, выполняются в основном под контролем сознания. Непроизвольные движения контролируются без участия сознания или суждений. Признание произвольных реакций человека системой рефлексов было предложено ученым, физиологом И. М. Сеченовым, основателем двигательных действий. С помощью СКВ "мозговые рефлексы" он обосновал природно - материалистический взгляд на психику человека и произвольные двигательные действия. И. М. Сеченев указал, что произвольные движения, психические процессы и природа мыслительных свойств человека являются результатом рефлексивных, а точнее отражательных явлений, воздействующих на человека. По мнению И. М. Сеченева, действия человека-высшая форма добровольчества.Эдеи И. М. Сеченева были доказаны в более поздние времена в опытах И. П. Павлова. И. П. Павлов обосновал материалистические принципы рефлекторной теории, которые до настоящего времени не утратили своего значения, тщательно учтя влияние факторов внешней среды на функции организма в целом.Безусловный тонус в произвольных движениях-тонизирующие рефлексы. Произвольные движения - врожденные рефлекторно-базисные процессы. К врожденным рефлексам относятся рефлексы осанки или осанки, рефлексы, обеспечивающие поддержание равновесия, и другие рефлексы.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»	№72/11 ()
Лекционный комплекс	17 стр. из 20

4. Наглядный материал: слайд 15-20

5. Литература: смотреть последнюю страницу

6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Какие причины влияют на ограничение движений и какое влияние они оказывают на качество жизни пациента?
2. Какие реабилитационные методы используются для пациентов с ограниченной подвижностью?
3. Как организовать физиотерапию и физические упражнения для повышения двигательной активности?
4. каковы основные подходы и методы лечения боли?
5. Как поддержать психоэмоциональное состояние у больных с ограничением движений?
6. Как обеспечить социальную адаптацию при реабилитации?
7. Как составить план реабилитации для пациентов с двигательными ограничениями?
8. Как восстановить независимость в повседневной жизни пациентов с ограниченными физическими возможностями?
9. каковы методы контроля и оценки реабилитации пациентов с ограниченными физическими возможностями?
10. как координировать процесс реабилитации пациента с ограниченными движениями?

Лекция №10

1. Тема: Основные принципы реабилитации больных с патологией дыхательной системы.

2. Цель: Улучшение работы дыхательных мышц, повышение глубины и эффективности дыхания.

3. Тезис лекции:

- Значение улучшения работы дыхательных мышц.
- Методы укрепления дыхательных мышц.
- Использование дыхательных упражнений в домашних условиях.

При дыхании организм и внешняя среда обмениваются газами, кислород поступает внутрь, а углекислый газ перекачивается наружу. Этот процесс происходит в альвеолах легких, расположенных в грудной полости (лат. - *выемка поля, лоток*) идет. При дыхании транспортировка воздуха, насыщенного атмосферным воздухом из легких и газом, осуществляется через дыхательные пути. Вдох и выдох воздействуют на все органы организма через кровеносную систему.

Когда взрослый человек дышит в нормальном состоянии, в легкие поступает 300-500 мл воздуха и за одну минуту совершает 16-18 дыхательных движений, пропуская из легких 6-7 литров воздуха. Количество воздуха зависит от веса и роста человека, чем выше и тяжелее рост, тем больше воздуха проходит. Ребенку нужно больше воздуха, чем взрослому. Через легкие ребенка 2-3 лет проходит 5-6 л., а иногда и 7 л. воздух, что относится к характерной особенности дыхания ребенка, поэтому из организма ребенка выходит много воды в виде пара и становится потным.

В зависимости от способа расширения грудной клетки существует два типа дыхания:

- дыхание через расширение грудной клетки с поднятием ребер - называется дыханием грудью (дыхание маленького ребенка и женщины); дыхание через расширение грудной клетки с помощью диафрагмы-называется дыханием животом (дыхание мужчин).
- Строение и функции дыхательной системы имеют особенности, которые зависят от возраста, пола человека.
- Органы дыхательной системы делятся по функциям на:
 - дыхательные пути, которые перемещают воздух из внешней среды внутрь и изнутри наружу, - это носовая полость, гортань, гортань и бронхи.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»		№72/11 ()
Лекционный комплекс		18 стр. из 20

- орган-легкое, проводящий процесс замещения поступающих газов;
- Эти органы делятся по расположению на верхние и нижние дыхательные пути:
- верхние дыхательные пути-носовая полость, глотка, ротовая полость;
- нижние дыхательные пути-гортань, гортань, бронхи.

Функция полости носа.

Воздух поступает через нос в полость носа, состоящую из двух частей-перегородки. Каждая часть-перегородка-содержит три носовых щитка, которые увеличивают внутреннюю поверхность носовой полости. Он покрыт эпителиальной оболочкой и большим количеством кровеносных сосудов. Кровь, стекающая по венам, нагревает поступающий воздух до температуры тела, а слизистая оболочка увлажняет воздух и задерживает пыль и микроорганизмы. Захваченные микроорганизмы перевариваются лейкоцитами (фагоцитоз), избыток пыли от переваривания выводится наружу через эпителиальные волоски (реснички). Нагретый, увлажненный и очищенный воздух в носовой полости поступает в гортань через глотку.

Функция гортани.

Гортань представляет собой полую трубку внутри, состоящую из нескольких хрящей, стенки которых соединены сухожилиями, суставами и мышцами. При попадании в гортань частиц пищи или других веществ, а также при воспалительных процессах человек выдыхает при сильном кашле. Это влияет на очищение гортани и препятствует проникновению вредных веществ в нижние отделы дыхания. Гортань пропускает воздух через глотку в гортань.

Функции гортани и бронхов.

Бронхиола и альвеолауглеродное и бронхиальное дерево

Гортань-расположена перед пищеводом, имеет длину 9-13 см и диаметр 15 мм. трубка. Он состоит из хрящевых полуколец, которые препятствуют отслоению стенки гортани. Кольца не задерживают воздух, каким бы ни было движение шеи.в пищевод соприкасается задняя мягкая стенка гортани, позволяя нижней части свободно перемещаться по пищеводу. В цвете V грудного позвонка гортань разделена на два бронха. Бронхи входят в правую и левую части легких, разветвляются и образуют бронхиальное дерево. Тонкие ветви на концах-бронхиолы легочные пузырьки - заканчиваются альвеолами.

Функция легких.

Процесс насыщения крови воздухом в легочных альвеолахгазообмен в альвеолах

Через малое кровообращение венозная (синяя) кровь попадает в легкие, где она насыщается кислородом, отделяется от углекислого газа и превращается в алую артериальную кровь. Углекислый газ попадает в пузырьки легких (альвеолы) и выходит из организма на выдохе. Артериальная кровь затем проходит через большое кровообращение к органам тела и содержит их клетки с воздухом, в процессе потребления которого из клеток выделяется углекислый газ, и кровь снова становится венозной (синей).

Жизненная емкость легких (ППС).

Патофизиология внешней дыхательной системы.

Симптомы дефицита внешнего дыхания: хрипы, патологическое дыхание и асфиксия. Одышка-характеризуется изменением глубины и частоты дыхательных движений, времени вдоха и выдоха, ритма дыхания, что перекрывает у человека ощущение нехватки воздуха. Он перекрывает чувство паники, страха, замешательства. Типы припухлостей включают глубокое и частое дыхание (гипрепноз), глубокое и редкое дыхание (брадипноз), поверхностное частое дыхание (полипноз или тахипноз), инспирационные и экспирационные припухлости.

о продолжительность выдоха при выдохе больше, чем продолжительность выдоха. Наблюдается при снижении частоты и эластичности легочных пузырьков (эмфизема легких), нарушении функции дыхательной системы (2 стадия асфиксии), сужении и закупорке мелких бронхов (бронхиальная астма

о продолжительность вдоха при вдохе превышает продолжительность выдоха.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1»		№72/11 ()
Лекционный комплекс		19 стр. из 20

К патологическим дыханием (постоянным и прерывистым дыханием) относятся - дыхание Чейна-Стокса, биота, Кусмауля, агоническое дыхание.

При асфиксии (удушьё) поступление кислорода в кровь прекращается, углекислый газ из крови не выводится. Это происходит, когда дыхательные пути сдавливаются, их отверстия закупориваются инородным телом, когда жидкость скапливается в легких (застревает в воде), по обе стороны грудной клетки развивается пневмоторкс (скопление воздуха или газа в легких).

Развитие дыхания и гигиенические требования [править / править код]

На физиологические показатели органов дыхания влияют физический труд и спорт. Жизненная емкость легких (ППС) у штангистов - 4 л., у футболистов - 4, 2 л., у боксеров - 4, 8 л., у лодочников - 5, 5 л. частота дыхания у спортсменов 6-8 раз в минуту, а у нетренированных - 14-20 раз. Люди, которые занимаются спортом, имеют более глубокое дыхание. Это признак экономного функционирования организма. При глубоком выдохе их воздух, закачиваемый наружу, содержит в 2 раза больше углекислого газа. Такой глубокий вдох сделает "массаж" сердца и улучшит его питание и физиологическую осанку. Тренировка, тренировка органов дыхания повышает способность детей и молодежи противостоять болезням, возникающим через органы дыхания.

Гигиенические требования-спать в помещении с чистым воздухом, проветривать комнаты, гулять на свежем воздухе и т. д. ношение одежды также влияет на правильное дыхание и выдох, поэтому одежда должна быть легкой, не сжимать тело, не мешать движению.

4. Наглядный материал: слайд 15-20

5. Контрольные вопросы(обратная связь)

- 1.Какая структура и функция дыхательной системы?
2. Какие основные симптомы и патологические процессы заболеваний дыхательной системы?
3. Какие существуют виды дыхательных упражнений и каково их значение в реабилитации?
4. Как использовать методы и приемы для очищения легких?
5. Какие физические упражнения рекомендуются пациентам с патологиями дыхательной системы?
6. Какие способы психоэмоциональной поддержки при заболеваниях дыхательных путей?
7. Какие реабилитационные меры применяются для облегчения оттока мокроты?
8. Какие особенности специального ухода и наблюдения за пациентами с патологиями дыхательной системы?
9. Какие профилактические меры необходимы для предупреждения осложнений в дыхательной системе?
10. Как осуществляется сочетание медикаментозных и немедикаментозных методов в ходе реабилитации больных с патологией дыхательной системы?

6. Литература:

1. Мейірбикелік дағдылар оқулық / А. Қаныбеков – Алматы : Эверо, 2016. – 476 б. с.
2. Тұрланов, Қ. М. Жедел медициналық жәрдем/ Қ. М. Тұрланов, С. А. Қалқабаева. – 2-ші бас., толықт. және өнд. - Алматы : Эверо, 2014. – 444 с.
3. Красильникова, И. М. Дәрігерге дейінгі шұғыл медициналық көмек: оқу құралы / И. М. Красильникова, Е. Г. Моисеева ; жауапты ред. А. Н. Саржанова ; қазақ тіліне ауд. Г. Ж. Сағындықова. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 208 бет
4. Жедел медициналық жәрдем оқулық / Қ. М. Тұрланов ҚР денсаулық сақтау министрлігі; С. Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ; ҚазҰМУ-нің 80 жылдығына арналады. – 2-бас., толықт. және өнд. – Алматы : Эверо, 2010. – 44 бет.

ÖNTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-1» Лекционный комплекс	№72/11 () 20 стр. из 20

5. Алпысова, А. Р. Ауруханаға дейінгі кезеңде жедел көмек көрсету алгоритмдері = Алгоритмы оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе : оқу құралы. – Караганда : АҚНҰР, 2015. – 120 б. с.

6. Вялов, С. С. Общая врачебная практика: неотложная медицинская помощь: учебное пособие / С. С. Вялов. – 6-е изд. ; Рек. Учебно-методическим объединением по мед. и фармацевтическому образованию вузов России. – М. : Медпресс-информ, 2014. – 112 с.

Қосымша әдебиеттер.

1. Повышение качества медицинской помощи и безопасности пациентов в медицинских организациях : наглядное руководство / пер. с англ. Г. Э. Улумбековой ; под ред. С. С. Панисар. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 160 с.

2. Алпысова, А. Р. Неотложные состояния в практике врача скорой помощи : учебно-методическое пособие / А. Р. Алпысова. – Караганда : АҚНҰР, 2016. – 176 с.

3. Қатерлі жағдайлар кезіндегі шұғыл әрекеттер] = Неотложные состояния при несчастных случаях = Emergency states in the case of accident : оқу-әдістемелік құрал / А. Р. Алпысова Алматы : Эверо, 2015. – 168 б- 95 экз.

4. Алпысова, А. Р. Жедел жәрдем дәрігерінің тәжірибесіндегі төтенше жағдайлар: оқу-әдістемелік құрал / А. Р. Алпысова; ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі. ҚММУ. – Караганды: АҚНҰР, 2016. – 178 б. с.

5. Қарқынды емдеу бөлімшесінің мейіргері: практикалық нұсқаулық / Ред. В. Л. Кассиль., қаз. тіліне ауд. У. Е. Ибраев. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 312 бет ил.

6. Скорая медицинская помощь: национальное руководство / Российское общество скорой медицинской помощи; под ред. С. Ф. Багненко и др. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 888 с. : ил.

7.Электронды ресурстар

1. Утепов, Д. П. Алғашқы медициналық-санитарлық көмекті басқаруды іске асыру [Электронный ресурс] : дис. ... магистр акад. дәрежесін алу / Д. П. Утепов. – Электрон. текстовые дан. (702Мб). – Шымкент : ОҚМФА, 2015. – 64бет с.