

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К КЛИНИЧЕСКИМ ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование дисциплины	Б1.О.38 Основы формирования здоровья детей
Направление подготовки	34. 03. 01 Сестринское дело
Направленность (профиль)	Медико-организационная и педагогическая деятельность медицинской сестры (брата)
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2025

ТЕМА 11

Профилактическая работа со школьниками-подростками

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Основы формирования здоровья детей»:

Разработаны:

Ассистент кафедры пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования, к.м.н.

Шишалова Т.Н.

Обсуждены

на заседании кафедры пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования, зав. кафедрой, д.м.н., профессор

Безроднова С.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по специальности 34.03.01 - Сестринское дело 2025 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО

Декан факультета гуманитарного и медико-биологического образования

Шишалова Т.Н.

Федько Н.А.

Методические указания по дисциплине «Основы формирования здоровья детей» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

- 1. Цель** Ознакомить обучающихся с особенностями профилактической работы со школьниками-подростками
- 2. Учебные вопросы**
1. Особенности работы с подростками. Диспансеризация подростков.
 2. Возрастные аспекты социальных проблем в современных условиях.
 3. Психосоциальная адаптация подростков. Профориентация.

3. Теоретическая часть

Подростковый возраст чрезвычайно важен в физиологическом, нравственном и социальном становлении человека. Жан Жак Руссо называл его «вторым рождением человека».

Подростки – ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный, политический и культурный резерв общества. В 1977 г. Комитет экспертов ВОЗ предложил считать подростками лиц в возрасте от 10 до 19 лет.

При таком подходе подростковый возраст можно разделить на два чрезвычайно важных периода:

1) пубертатный период – от начала появления вторичных половых признаков до обретения способности к эффективному выполнению репродуктивной функции (от 10 до 15 лет);

2) этап социального созревания, когда человек избирает профессию и овладевает ею (от 16 до 19 лет).

В современной России подростками признают лиц в возрасте от 10 до 18 лет (Минздрав РФ, 2001), что совпадает с рекомендациями Конвенции ООН о правах ребенка. Если нижняя граница подросткового возраста определяется в значительной степени биологическими факторами (появление вторичных половых признаков), то верхняя целиком зависит от нормативов социальной зрелости, принятых в том или ином обществе.

Особенности подросткового возраста В подростковом возрасте окончательно формируется генетически детерминированная программа развития организма с формированием определенного конституционального типа. Завершается созревание всех морфологических и функциональных структур. Происходит смена линейного поступательного характера биологического созревания, свойственного детству и препубертату, на бурный ростовой скачок, сочетающийся с нейроэндокринной перестройкой, интенсификацией всех функциональных систем. Однако ключевым и специфическим моментом пубертатного периода можно считать становление репродуктивной системы и сексуального поведения. Для подростков характерна выраженная гетерохронность (неравномерность) развития органов и систем с проблемой индивидуальной нормы. Нестабильность гормональной, нейрогенной и вегетативной регуляции внутренних органов провоцирует многочисленные функциональные расстройства (дистонии, дискинезии, рефлюксы и пр.), высокую распространенность пограничных соматических и психических состояний. Велика вероятность формирования специфичных для этого возраста болезней, особенно эндокринных (ювенильный сахарный диабет, гиперплазия щитовидной железы и пр.), имеющих своеобразное течение. Именно в этом периоде происходит формирование психохарактерологических

особенностей, стереотипов поведения, вредных привычек, влияющих на здоровье не только в подростковом возрасте, но и в последующей жизни. У подавляющего большинства подростков формируются новые поведенческие реакции (реакция эмансипации – уход из-под опеки взрослых; выраженная тяга к группированию со сверстниками; смещение авторитетов в семье к авторитетам в подростковой компании; реакция оппозиции – противопоставление и желание не подчиняться советам взрослых или их правилам поведения и др.).

На состояние здоровья подростков оказывают влияние и социальные факторы, обусловленные изменением характера и условий обучения, быта, выбором и овладением профессией. Это время неустойчивого поведения с высоким риском появления асоциальных форм, что может существенно снизить адаптационные возможности организма подростка, качество его жизни.

Здоровье подростков как общественная ценность Анализ официальной статистической отчетности показывает как рост общей заболеваемости подростков, так и заболеваемости по ведущим нозологическим формам. Наиболее высокие уровни функциональных нарушений и хронических болезней костно-мышечной системы, хронических болезней органов пищеварения и функциональных нервно-психических расстройств, а также функциональных нарушений и болезней органа зрения отмечаются у учащихся 8–9-х классов (13–15 лет) и старшекласников (16–18 лет).

Среди подростков, в связи с особой спецификой подросткового периода, нарастает число социально-обусловленных и социальнозначимых заболеваний. Так частота наркомании и токсикомании среди подростков в 40 раз выше, чем среди детей до 15 лет. Большое число подростков состоит на профилактическом учете в связи с употреблением психоактивных веществ, включая алкоголь. Возрастает число детей с нарушениями психического здоровья и пограничными психическими состояниями, часто формирующими социальную недостаточность подростков. Из числа подростков, признанных негодными к военной службе в мирное время, более 40% составляют лица с психическими расстройствами. В настоящее время около 70% подростков имеют по состоянию здоровья ограничения к получению профессии. Среди современных юношей уровень годности к военной службе не превышает 60%. Указанное состояние здоровья подростков не позволяет им в будущем в полной мере выполнять свои социальные и биологические функции – профессиональное обучение, труд, службу в армии, реализацию репродуктивной функции и связанное с этим воспроизводство будущих поколений. Быстрое половое созревание и раннее начало половой жизни привели к появлению феномена «подросткового материнства», что негативно отражается как на здоровье новорожденных, так и на здоровье «юных» матерей. Возрастает распространенность гинекологической патологии среди девушек. Более чем у 30% юношей и девушек выявляется задержка полового созревания.

Комплексная оценка состояния здоровья подростков Комплексная оценка состояния здоровья подростков включает оценку тех же критериев, что и в более младшем возрасте: особенности онтогенеза, уровень ФР, НПР и степень гармоничности, резистентность организма, наличие функциональных отклонений, хронических заболеваний и/или врожденных аномалий развития. При этом необходимо учитывать особенности физиологии развития, присущие подростковому периоду. Установлено, что

все органы и ткани в подростковом периоде растут и развиваются в соответствии с принципом гетерохронии. Гетерохрония – это неравномерность темпов развития органов и систем. Так, быстрее растут кости конечностей, мышцы, сосуды, периферические нервы, репродуктивная система, медленнее – мозг, кости черепа. В 50–70-е годы XX в. отмечалось явление акселерации подростков, проявляющееся неуклонным нарастанием величины антропометрических показателей (рост, масса тела, окружность грудной клетки и др.) и более ранним началом физического и полового созревания в каждом последующем поколении. С середины 80-х гг. акселерация прекратилась, хотя ряд психологических проблем, обусловленных ею, остается. Сохраняет свое значение и интенсификация развития – ускорение темпов физического и/или полового развития у отдельных лиц (чем отличается от акселерации, как феномена, характерного для поколений), когда весь процесс созревания протекает за 2–3 года и возникают проблемы психического и соматического характера (функциональные расстройства внутренних органов, нарушения опорнодвигательного аппарата, распространение артериальной гипертензии и пр.). У подростков особенно важно оценивать, наряду с календарным, так называемый биологический возраст. Дело в том, что соматометрические и физиометрические показатели больше определяются особенностями роста и развития, чем календарным возрастом.

Особенности ФР в подростковом возрасте. Согласно современным рекомендациям, оценка физического развития школьников-подростков начинается с определения уровня биологического развития. Для этого используются традиционные методы – зубная зрелость (по количеству прорезавшихся постоянных зубов, эффективна от 6 до 13 лет), скелетная зрелость (по степени окостенения костей запястья и кисти на рентгенограмме правой конечности) и половая зрелость (на основании половой формулы). При этом у младших школьников биологическое развитие оценивают по длине тела и по количеству постоянных зубов, у детей среднего школьного возраста – по длине тела, по показателям полового созревания и годовых прибавок длины тела, у старших школьников – по показателям полового развития.

Оценка половой зрелости. Половая зрелость – степень развития вторичных половых признаков и наружных гениталий (половая формула, стадии полового развития). Половая формула у подростков обоего пола включает оценку лобкового и подмышечного оволосения, у юношей – наличие мутации голоса и поллюций, развитие щитовидного хряща, у девушек – стадии развития молочных желез и наличие менструаций (Приложение 9, 10). Наибольшее внимание следует уделять развитию молочной железы (Ma) и оволосению лобка (P). Оволосение подмышечных впадин (Ax) – наиболее переменчивый и менее надежный показатель. Варианты оценки биологического развития: 1. Соответствует календарному возрасту. 2. Отстает от календарного возраста. 3. Опережает календарный возраст. Комплексная оценка ФР подростков включает также оценку гармоничности с учетом региональных возрастно-половых нормативов с использованием центильных таблиц колебаний массы тела с учетом типа телосложения для конкретных вариантов длины тела, а также значений функциональных показателей (мышечная сила кисти, ЖЕЛ). Важная особенность пубертатного периода – возникновение у части подростков несоответствия между биологическим и календарным возрастом в сторону как отставания, так и опережения. При этом у подростков возникают

психологические и социальные проблемы, в частности им труднее выполнять учебные задания, у них появляются сложности в общении со сверстниками, что приводит к невротизации и еще больше осложняет общение и учебу.

Особенности психического здоровья подростков Психическое здоровье – один из основных элементов здоровья, оно позволяет обеспечить гармонию человека с окружающим миром, выполнение социальных функций. Психическое здоровье неразрывно связано с успешной социальной адаптацией подростка в обществе. Данные медицинской статистики свидетельствуют о существенном росте общей заболеваемости детей с болезнями нервной системы и психическими расстройствами, причем обращаемость подростков 15–17-ти лет значительно выше, чем детей младших возрастных групп. Рост распространенности нарушений нервно-психического здоровья в подростковой популяции происходит в основном за счет так называемых пограничных состояний, включающих невротические и личностные расстройства. За своевременное выявление нарушений психического здоровья школьников-подростков и организацию коррекционной работы отвечает школьный врач, узкие специалисты при проведении профилактических осмотров (невролог, психолог, психиатр детский).

В процессе исследования и оценки нервно-психического здоровья подростка необходимо получить информацию:

- о достигнутом уровне психофизиологического развития;
- об отсутствии или наличии симптомов нарушений нервно-психического здоровья;
- о состоянии психосоциальной адаптации.

Обследование подростков рекомендуется проводить в два этапа: доврачебный (психологический и психофизиологический) и врачебный (осмотр педиатра и врачей-специалистов). На доврачебном этапе широко используются анкеты-опросники для родителей, детей и педагогов, скрининги, экспресс-методы диагностики, позволяющие выявлять нарушения нервно-психического здоровья. Оцениваются параметры, характеризующие эмоционально-вегетативную и психомоторную сферу, поведение, интеллектуальное развитие подростка, а также успешность в сфере общения со сверстниками (коммуникативность), уровень социально-психологической адаптации (см. ниже).

Для анализа полученных данных требуется сотрудничество специалистов. Сбор и обработку тестов, полученных от родителей, педагогов и учащихся осуществляет школьный психолог при участии медицинской сестры школы. На основании комплексного анализа результатов выделяется группа риска подростков, имеющих значительную отягощенность по нарушениям нервно-психического здоровья и социального функционирования. Врач-педиатр на профилактическом осмотре уточняет материалы доврачебного этапа и определяет, кто из учащихся нуждается в углубленном обследовании узких специалистов: невролога, психиатра, медицинского психолога и дает соответствующие рекомендации родителям. При этом учитываются уровни нервно-психического реагирования, свойственные младшим и старшим школьникам: аффективный (для детей 7–12 лет) и эмоционально-идеаторный (для подростков 12–16 лет). Аффективный уровень проявляется симптомами и синдромами страхов, повышенной возбудимости, уходов, бродяжничества. Эмоционально-идеаторный –

возникновением сверценных образований, специфических патохарактерологических реакций под росткового возраста (эмансипация, группирование со сверстниками и пр.), сверценных увлечений и интересов и др. При углубленном профилактическом осмотре врач-педиатр анализирует результаты осмотра подростка детским неврологом и психологом, которые устанавливают уровень достигнутого нервнопсихического развития, а также мнение педагогов школы. Завершающим этапом проведения профилактического осмотра является постановка заключительного диагноза и отнесение ребенка к одной из групп здоровья в соответствии с методикой комплексной оценки состояния здоровья детей с занесением в Медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений.

Оценка социально-психологической адаптированности подростков

Социально-психологическая адаптация – адекватное взаимодействие личности и социальной среды. Для подростка основной социальной функцией является выполнение требований, предъявляемых образовательным учреждением. Поэтому основными критериями социально-психологической адаптации являются: эффективность учебной деятельности, соблюдение школьных норм поведения, успешность социальных контактов, эмоциональное благополучие. Нарушения социальной адаптации могут быть первым проявлением психического нездоровья подростка. С другой стороны, длительная социальная дезадаптированность подростка, вызывая состояние хронического стресса, может приводить к нарушениям психического здоровья.

Критериями учебной дезадаптации являются:

- низкая успеваемость подростка;
- конфликтные отношения с педагогами;
- конфликтные отношения с соучениками.

Критериями общей и внутрисемейной дезадаптации являются:

- наличие у подростка различных форм отклонений поведения (криминальное, делинквентное (делинквентное поведение – цепь поступков, провинностей, мелких правонарушений и преступлений: драки, сквернословие в общественных местах, издевательства над младшими и слабыми, домашние кражи и кражи у малышей и пр.), «обусловленное формирующимся половым влечением» (ранняя половая жизнь, промискуитет – беспорядочные половые связи, транзиторный подростковый гомосексуализм и др.);

- конфликтные отношения с близкими первой и второй линии родства, сиблингами, побеги и уходы из дома и пр.;

- аномальные формы воспитания («ежовые рукавицы», эмоционального отвержения «Золушка», гипоопека и безнадзорность, «кумир семьи» и др.);

- частичная и полная учебная дезадаптация.

Для оценки значимости отдельных форм девиантного поведения у подростков предложена специальная Карта оценки поведенческих факторов риска формирования расстройств личности (В.В. Чубаровский, И.К. Рапопорт, Л.Ф. Бережков, 2009) (табл. 11).

*Карта оценки поведенческих факторов риска формирования
расстройств личности*

Формы девиантного поведения	Эпизодическое (транзиторное) (баллы)	В течение 1 года (баллы)	Возникли до 12-ти лет (баллы)
Делинквентное поведение	2	3	4
Асоциальное (криминальное поведение)	4	5	5
Побеги и уходы из дома	2	3	4
Ранняя алкоголизация	1	2	4
Курение	0	1	2
Признаки употребления наркотических и других психоактивных веществ	4	5	5
Девиации сексуального поведения	1	2	4
Суицидальное поведение	4	5	5
Участие в неформальных подростковых группах (фанаты, готы, эмо, асоциальные компании)	1	2	3
Сумма баллов по столбцам			
Всего (баллы)			

Показанием для консультации школьного психолога является сумма баллов по первому столбцу 1–3 балла, по второму столбцу 3–4 балла, по третьему – 3–4 балла. Показанием для консультации психотерапевта является сумма баллов: по первому столбцу 4 и более, по второму – 5 и более баллов, по третьему – 5 и более баллов.

Степень учебной и общей дезадаптации определяют школьный психолог, педагог, социальный педагог, предоставляя информацию врачу-педиатру для решения вопроса о необходимости консультации невролога и/или психотерапевта.

Организация медицинской помощи подросткам

Амбулаторно-поликлиническая помощь детям подросткового возраста осуществляется в настоящее время детскими поликлиниками (отделениями) по территориальному принципу в системе единого медицинского обслуживания детей от 0 до 17 лет включительно. Другие амбулаторно-поликлинические учреждения (консультативно-диагностические центры, центры планирования семьи и репродукции, реабилитационные учреждения и др.) решают специальные вопросы охраны здоровья

подростков, оказывают им консультативную помощь, осуществляют углубленное диагностическое обследование, а при наличии соответствующей материальной базы – лечение и реабилитацию.

Детская городская поликлиника (отделение) является ведущим лечебно-профилактическим учреждением первичного звена медико- санитарной помощи, отвечает за качество медицинского обеспечения подростков, координирует работу всех других медицинских учреждений. Детская поликлиника собирает, обобщает и анализирует информацию о состоянии и проблемах соматического, репродуктивного, психического здоровья подростков, на основе которой определяет приоритетные направления профилактической, лечебно- оздоровительной и коррекционной работы. В системе непрерывного медицинского наблюдения участковому педиатру придается ведущая, координирующая роль. Он отвечает за своевременность, комплексность и необходимый объем профилактической, лечебной и реабилитационной работы.

Специализированная помощь усиливается приемами специалистов по вопросам репродуктивного здоровья (детская гинекология, андрология, консультирование по профилактике ЗПП, нежелательной беременности и др.), детской эндокринологии. Учитывая формирование психосоциальной зрелости, предстоящую службу в вооруженных силах, выбор профессии, педиатрическое отделение тесно взаимодействует с психиатрической службой и отделением медико-социальной помощи.

Диспансеризация подростков. За диспансеризацию подростков отвечает участковый педиатр и заведующий поликлиническим отделением. Заведующий поликлиническим отделением организует диспансеризацию, контролирует своевременность наблюдения, лечения, оздоровления, реабилитации подростков.

Возрастная диспансеризация здоровых подростков в школах и гимназиях проводится в соответствии с существующими Стандартами и Порядками проведения медицинских осмотров несовершеннолетних. Углубленные профилактические осмотры подростков осуществляются в 10, 14 лет и далее ежегодно до 17 лет включительно. В возрасте 11, 12 лет подростков осматривают врач-педиатр и детский стоматолог; в 13 лет осмотр проводит врач-офтальмолог. Углубленные профилактические осмотры проводит врач-педиатр и бригада узких специалистов, куда могут входить (в зависимости от возраста подростка): детский эндокринолог, травматолог-ортопед, оториноларинголог, детский уролог-андролог, акушер-гинеколог, психиатр подростковый и др. (Приложение 1).

Помимо осмотров врачей-специалистов, проводятся лабораторно-инструментальные исследования, включающие общий анализ крови и мочи, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек, электрокардиографию.

Врач-педиатр, возглавляющий работу медицинской бригады на профилактическом осмотре, составляет заключение по схеме:

- Оценка физического развития с указанием уровня гармоничности.
- Оценка психического развития (психомоторная сфера, интеллект, эмоционально-вегетативная сфера).
- Оценка полового развития (с 10 лет) – половая формула.

- Диагноз заболевания с указанием кода по МКБ (или его отсутствие).
- Группа состояния здоровья.
- Медицинская группа для занятий физической культурой.

При необходимости врач-педиатр назначает дополнительные консультации и исследования, по показаниям – лечение. В заключении педиатр дает рекомендации по формированию здорового образа жизни подростка, режиму дня, питанию, физическому развитию, иммунопрофилактике, занятиям физической культурой. Устанавливает необходимость диспансерного наблюдения или его продолжения с проведением медицинской реабилитации и рекомендаций по санаторно-курортному лечению.

Результаты комплексной оценки состояния здоровья подростка помогают решать не только медицинские, но и прикладные задачи экспертной оценки в отношении профессионального выбора, военной службы и пр.

Медицинская профессиональная ориентация и врачебно-профессиональное консультирование подростков

Целью профориентации и врачебно-профессионального консультирования является установление соответствия уровня здоровья подростка с возможностями выбора профессии.

На углубленном медицинском осмотре определяются состояние здоровья обучающихся и работающих подростков, возможность выбора данной профессии, выявляется отрицательное действие профессиональных факторов на здоровье, формируется контингент нуждающихся в обследовании и лечении.

Врачебное профессионально-консультативное заключение включает характеристику соматического здоровья подростка, с учетом его биологического возраста, результатов осмотра всех узких специалистов, данных лабораторно-инструментального исследования, а также необходимые мероприятия лечебно-профилактической направленности. Далее даются рекомендации по будущей трудовой деятельности подростка, делается заключение о его профпригодности, о соответствии избранного подростком труда возможностям его организма.

Некоторые аспекты полового воспитания подростков

Половое воспитание невозможно отделить от процесса формирования личности, включающего моральные, правовые, культурные, этические аспекты. Так как подросток большую часть времени проводит в школе, именно ей должна принадлежать ведущая роль в половом воспитании, интегрированном в программы ЗОЖ, подготовку подростков к семейной жизни при активном участии родителей. Вопросы полового воспитания освещаются с возраста 14 лет, при этом некоторые из них, касающиеся личной гигиены, психофизиологических изменений в организме юношей и девушек, должны затрагиваться уже с 12 лет.

Решение проблем репродуктивного здоровья детей и подростков заложено в материалах Федеральной целевой Программы «Охрана репродуктивного здоровья детей и подростков», предусматривающей ряд мер, направленных на улучшение ситуации со здоровьем и благополучием молодежи в нашей стране. Предусмотрено внедрение современных организационных и медицинских технологий по

профилактике, диагностике, лечению и реабилитации нарушений репродуктивного здоровья, которые необходимо внедрять на всех уровнях оказания медицинской помощи подросткам, включая медицинские организации первичного звена. Основной задачей образовательного блока Программы является обеспечение подростка информацией по вопросам полового воспитания, формирование позитивного отношения к ЗОЖ в целом, ответственному родительству. Врачебное педиатрическое сообщество занимает руководящие позиции в системе медико-педагогического воспитания подростка, контролируя не только его соматическое здоровье, но и благополучие репродуктивной системы. Большая роль в половом воспитании молодежи принадлежит и другим организациям (молодежные, медико-педагогические центры, центры здоровья и пр.).

Охрана здоровья подростков является приоритетным направлением педиатрии и семейной медицины. По мнению ВОЗ (2016), «Инвестиции в здоровье подростков дают тройную доходность: за счет укрепления здоровья и улучшения показателей выживаемости собственно в подростковом возрасте; долгосрочного эффекта укрепления здоровья, распространяющегося на более зрелый возраст; а также благодаря передаче более крепкого здоровья следующим поколениям».

Традиционная клиническая педиатрия, направленная на лечение и реабилитацию подростков с серьезными органическими хроническими заболеваниями, должна быть усилена разработкой индикаторов здоровья и комплексной оценки состояния здоровья подростков, совершенствованием стандартов диагностики и лечения, развитием стационар замещающих технологий. Необходимо формировать сети медико-социальных отделений детских поликлиник, в том числе работающих по принципам «клиник, дружественных к молодежи». Систему первичной медико-санитарной помощи детям и подросткам дополняют школьные службы здравоохранения с целью содействия формированию здоровой школьной среды, профессиональной ориентации школьников, профилактики нарушений сексуального и репродуктивного здоровья подростков, асоциальных форм их поведения, поощрения здорового образа жизни.

4. Практическая часть – нет

5. Вопросы для собеседования

1. Особенности работы с подростками. Диспансеризация подростков.
2. Возрастные аспекты социальных проблем в современных условиях.
3. Психосоциальная адаптация подростков. Профориентация.

6. Тестовые задания

Вариант 1

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

1. Алкоголь оказывает наибольшее влияние на работу:

- а) печени
- б) мышечного аппарата
- в) легких

2. Почему употребление алкоголя особенно опасно в подростковом возрасте?

- а) печень функционирует не в полной мере
- б) алкоголизм развивается быстрее, чем у взрослых
- в) не завершилось развитие головного мозга

3.Из перечисленных ниже симптомов выберите те, которые являются признаками алкогольного опьянения:

- а) ухудшение слуха; отсутствие реакции зрачков на свет; уменьшение сердечных сокращений и понижение артериального давления
- б) головокружение, тошнота; пожелтение кожи;
- в) отсутствие речи; возбуждение и депрессивное состояние;
- г) повышение температуры.

4.Влияние алкоголя на органы пищеварения:

- а) способствует развитию гастрита, язвы, рака желудка
- б) резко угнетает функцию поджелудочной железы
- в) способствует возникновению туберкулеза толстого кишечника

5.Влияние алкоголя, никотина и наркотиков на обмен веществ:

- а) угнетают обмен белков и углеводов
- б) «внедряются» в нормальный обмен и, оставаясь ядами, становятся необходимыми организму – возникает зависимость от них
- в) отравляют организм, не вмешиваясь в обмен веществ

6.Из перечисленных ниже признаков, выберите те, которые указывают на наркотическое отравление:

- а) тошнота и рвота;
- б) повышение мышечного тонуса; сужение зрачков и ослабление их реакции на свет; покраснение кожи;
- в) головокружение;
- г) кровотечение из носа;
- д) насморк; горечь во рту

Вариант 2

Укажите один правильный ответ

1.К опиатам относятся:

- а) Морфин, омнопон, метадон, кодеин героин.
- б) Эфедрин, кокаин
- в) диэтиламид лизергиновой кислоты (LSD), 3,4-метилendioксиметамфетамин (MDMA, «Экстази»)
- г) феназепам, гашиш

2.Назовите признаки наркотического опьянения опиатными наркотиками:

- а) Сонливость, миоз, бледность и сухость кожных покровов, брадикардия
- б) Мидриаз, возбуждение
- в) покраснение и сухость кожных покровов, тахикардия

3.Назовите признаки наркотического опьянения препаратами конопли:

- а) неадекватное поведение с безудержным смехом, покраснение лица и глаз, мидриаз, тахикардия повышение АД ,состояние сильного голода
- б) бледность и сухость кожных покровов, миоз
- в) брадикардия, понижение АД, отсутствие чувства голода

4. Назовите основные пути заражения сифилисом

- а) контактный путь
- б) от матери к плоду
- в) через бытовые предметы
- г) через кровь

5. Укажите, что является первым признаком заражения сифилисом

- а) сыпь на коже
- б) поражением аорты, печени, мозга, нервной системы
- в) твердый шанкр

6. Выберите из нижеперечисленных правила личной профилактики венерических заболеваний

а) общение с постоянным сексуальным партнером, использование презервативов при половых контактах со случайными партнерами, соблюдение правил личной гигиены

б) систематическое обследование людей, относящихся к группе риска: наркоманов, алкоголиков, проституток, бомжей и др.

в) обязательные обследования работников детских и медицинских учреждений; пищевых объектов, доноров крови, стационарных больных, беременных женщин и других категорий населения

г) широкое санитарно-гигиеническое просвещение и нравственное воспитание населения

Эталоны ответов:

Вариант 1 1-а, 2-б, 3-а, 4-а, 5-б, 6-б,

Вариант 2 1-а, 2-а, 3-а, 4-а, 5-в, 6-а