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

УТВЕРЖДЕНО
Директор ГБПОУ КК «КМедК»
_____ И.В. Пляскина
Приказ №34-П от 21.12. 2021 г.

ТРЕБОВАНИЯ
по оформлению Методической разработки лекции преподавателями ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж»

Рассмотрено и одобрено
на заседании Методического совета
Протокол № 2 от 21.12.2021 г.

Петропавловск-Камчатский, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

Общие положения……. 3

Структура пояснительной записки…….. 4

Структурно-логическая схема лекции……. 5

Содержание лекции……..... 6

Список использованных источников……... 7

Приложения А Образец оформления титульного листа…… 8

Приложение Б Образец оформления содержания…….. 9

Приложение В Образец оформления пояснительной записки…….. 10

Приложение Г Образец оформления структурно-логической схемы лекции …… 14

Приложение Д Образец оформления содержания лекции …… 15

Приложение Е Образец оформления списка использованных источников…… 30

Приложение Ж Образец оформления приложений…… 31

Приложение З Общие требования к оформлению методической разработки…….. 32

Приложение И Правила оформления списка использованных источников……... 34

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Данное методическое пособие по оформлению Методической разработки лекции (далее – Требования) содержит требования к структуре, содержанию и оформлению учебно-методической документации по освоению дисциплины (модулю) по основным формам организации обучения в ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж».

Требования разработаны с целью сопровождения преподавателей колледжа в процессе написания ими методической разработки лекции.

Тема методической разработки лекции должна соответствовать специальности и календарно-тематическому плану рабочей программы по дисциплине (модулю).

Методическая разработка состоит из:

– Титульного листа (оформляется в соответствии с Приложением А);

– Содержания (оформляется в соответствии с Приложением Б);

– Пояснительной записки (оформляется в соответствии с Приложением В);

– Структурно-логической схемы лекции (оформляется в соответствии с Приложением Г);

– Содержания лекции (оформляется в соответствии с Приложением Д);

– Списка использованных источников (оформляется в соответствии с Приложением Е);

– Приложений (оформляются в соответствии с Приложением Ж).

Данные требования устанавливают нормы оформления основного текса (Приложение З).

СТРУКТУРА ПОЯСНИТЕЛЬНОЙ ЗАПИСКИ

Пояснительная записка должна содержать:

1. Тему лекции (прописывается полное название темы, в соответствии с каким ФГОС разработана, с указанием кода специальности и наименования; в какой ПМ и МДК входит и на какое количество академических часов рассчитана лекция).

2. Актуальность изучения данной темы (обоснование значимости темы и ее места в формировании специалиста).

3. Тип занятия.

4. Цели занятия.

5. Мотивацию темы.

6. Общие и профессиональные компетенции (из ФГОС берем необходимые профессиональные компетенции (ПК) и общие компетенции (ОК) и прописываем в соответствии со специальностью и изучаемой темой).

7. Требования к результатам освоения знаний.

8. Междисциплинарные и внутри дисциплинарные связи.

9. Методы организации и осуществления учебно-познавательной деятельности.

10. Указание места проведения занятия.

11. Материально-техническое оснащение занятия (наглядные средства обучения, технические средства обучения, лабораторное оборудование и т.д.).

СТРУКТУРНО-ЛОГИЧЕСКАЯ СХЕМА ЛЕКЦИИ

Структурно-логическая схема оформляется в таблице (в альбомной или в книжной ориентации страницы).

Продолжительность лекции рассчитывается на 2 академических часа (90 минут).

В структурно-логической схеме лекции необходимо отразить действия преподавателя и действия обучающихся на каждом этапе занятия.

СОДЕРЖАНИЕ ЛЕКЦИИ

На лекции, обучающиеся являются активными участниками процесса обучения, поэтому данный тип занятия подразумевает совместную деятельность преподавателя и обучающихся, включающую в себя не только чтение лекции и её конспектирование. Поэтому на этапе изложения нового материала необходимо предусмотреть различные виды деятельности обучающихся (самостоятельное формулирование понятий, заполнение таблицы по материалу лекции, ответы на проблемные вопросы, поиск информации и т. д.).

С целью применения здоровьесберегающих технологий в каждое занятие включается физкультминутка. Преподаватель самостоятельно определяет, каким этапом занятия проводится физкультминутка.

В соответствии с требованиям ФГОС СПО в структуру занятия необходимо включить рефлексию, которая является обязательным этапом современного занятия.

Примеры оформления разделов Методической разработки лекции представлены в приложениях А-И.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. ГОСТ 7.1-2003. Межгосударственный стандарт. Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления» (введен в действие Постановлением Госстандарта России от 25.11.2003 N 332-ст).

2. ГОСТ 7.32-2017. Межгосударственный стандарт. Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Отчет о научно-исследовательской работе. Структура и правила оформления» (введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 24.10.2017 № 1494-ст).

3. ГОСТ Р 7.0.11-2011. Национальный стандарт Российской Федерации. Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Диссертация и автореферат диссертации. Структура и правила оформления» (утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 13.12.2011 N 811-ст).

4. Российская Федерация. Законы. Об образовании в Российской Федерации : Федеральный закон № 273-ФЗ [принят Государственной Думой 21 декабря 2012 года : одобрен Советом Федерации 26 декабря 2012 года]. – Текст : электронный // ЭПС «Система ГАРАНТ»: Интернет-версия. – URL: http://internet.garant.ru (дата обращения: 11.01.2022).

Приложение А

Образец оформления титульного листа

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

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА

ЛЕКЦИИ

ПМ._____

МДК._____

по теме: «_____»

для специальностей: код_____ специальность_____

Уровень подготовки: _____

Рассмотрена
на заседании цикловой методической комиссии (название комиссии)
Протокол №_____ от___ _____20___г.
Председатель ЦМК ____/ ФИО председателя

СОГЛАСОВАНО
Заместитель директора по УМР
_____/С.В. Коровашкина
____ _____20___г.

Составители:
ФИО – преподаватель ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж»

Петропавловск-Камчатский, 20____

Приложение Б

Образец оформления содержания

СОДЕРЖАНИЕ

Пояснительная записка……..... 3

Структурно-логическая схема лекции……... 4

Содержание лекции……..... 7

Список использованных источников…… 14

Приложение А. Название…… 15

Приложение Б. Название…… 16

Приложение В. Название…… 18

Приложение В

Образец оформления пояснительной записки

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Методическая разработка лекции по теме: «Введение в оториноларингологию. АФО носа и придаточных пазух носа. Методы исследования носа и придаточных пазух носа. Сестринский процесс при заболеваниях носа и придаточных пазух носа» разработана в соответствии с ФГОС СПО специальности 34.02.01 «Сестринское дело» и рассчитано на одну лекцию (2 часа) в соответствии с календарно-тематическим планом программы учебной дисциплины.

Данная тема входит в изучение ПМ.02 «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах» МДК.02.01 «Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях».

Актуальность темы:

Актуальность изучения проблемы острых и рецидивирующих воспалительных заболеваний полости носа, придаточных пазух носа обусловлена тем, что в настоящее время воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух являются наиболее распространёнными из заболеваний ЛОР-органов. Поражения верхних дыхательных путей обуславливают до 15% обращений в лечебные учреждения. Заболевания ЛОР-органов могут вызывать тяжелые, жизненноопасные осложнения (отогенные, риносинусогенные, тонзилогенные) и приводить к стойкой утрате трудоспособности.

Загрязненность и загазованность воздушной среды, ее бактериальная обсеменённость, увеличение числа респираторных вирусных инфекций и количества ингалируемых аллергенов способствуют росту заболеваний слизистой оболочки носа и околоносовых пазух.

Нос является начальным отделом дыхательного тракта, представляющий собой мощный защитный барьер, осуществляющий кондиционирование вдыхаемого воздуха, очищающий его от взвешенных частиц, бактерий и вирусов, способных оказать вредное воздействие на организм.

Тип учебного занятия: лекция

Цели занятия:

Учебные:

- изучить методы исследования носа и придаточных пазух носа;
- изучить классификацию заболеваний лор-органов;
- углубить и закрепить знания анатомо-физиологических особенностей лор-органов;

Развивающие:

- способствовать развитию клинического и логического мышления, медицинской наблюдательности;
- способствовать развитию умения сравнивать и выделять различия;
- развивать познавательную и поисковую активность;

Воспитательная:

- формирование чувства ответственности, внимательного и доброжелательного отношения к пациентам, этики и деонтологии.

Мотивация темы

Знание основ оториноларингологии является необходимым для обучающихся по специальности «Сестринское дело».

Поражение ЛОР-органов часто возникает при острых и хронических инфекционных заболеваниях, вызывающих органические изменения, функциональные расстройства анализаторов, располагающихся в них.

Медицинский работник обязан уметь классифицировать заболевания лор-органов, знать методы исследования носа и придаточных пазух, уметь

осуществлять уход за пациентами при заболеваниях в оториноларингологии. Кроме того, медицинская сестра должна уметь готовить пациентов к операции и оказывать им помощь в послеоперационном периоде.

Обучающийся должен обладать общими компетенциями, включающими в себя способность:

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

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.

Обучающийся (базовый уровень) должен обладать профессиональными компетенциями, соответствующими видам деятельности:

ПК 2.3. Организовать специализированный уход за пациентами при различных инфекционных заболеваниях

ПК 2.5. Организовать и осуществлять транспортирование инфекционных больных в ЛПУ.

ПК 2.6. Обеспечить инфекционную безопасность.

После изучения данной темы обучающийся должен:

уметь:

- оказывать помощь пациентам с заболеваниями острыми и хроническими ринитами, синуситами;
- осуществлять уход за пациентами при заболеваниях в оториноларингологии;
- готовить пациентов к операции и оказывать им помощь в послеоперационном периоде;

знать:

- анатомо-физиологические особенности лор-органов;

- классификацию заболеваний лор-органов;

- методы исследования носа и придаточных пазух;

- принципы подготовки пациентов к операции и ведения в послеоперационном периоде.

Междисциплинарные связи:

- ОП.01 Основы латинского языка с медицинской терминологией;
- ОП.02 Анатомия и физиология человека;
- ОП.05 Гигиена и экология человека;
- ОП.07 Фармакология;
- ПМ.01 Проведение профилактических мероприятий

Методы организации и осуществления учебно-познавательной деятельности:

– словесный (лекция, объяснение, фронтальная беседа);

– наглядный (демонстрация таблиц, мультимедийной презентации, видеофрагментов)

Место проведения лекции: учебная аудитория ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж».

Материально-техническое оснащение занятия:

– Компьютер;

– Мультимедийное сопровождение;

– Проектор;

– Таблицы;

– Схемы.

Приложение Г

Образец оформления структурно-логической схемы лекции

СТРУКТУРНО-ЛОГИЧЕСКАЯ СХЕМА ЛЕКЦИИ

Этапы занятия	**Время**	**Действия преподавателя**	**Действия обучающихся**
Организационный момент (Приветствие. Проверка присутствующих на занятии. Оценка внешнего вида. Сообщение темы, определение целей, плана проведения занятий)			
Изложение нового материала			
Физкультминутка*			
Закрепление нового материала			
Проверка усвоения полученных знаний			
Внеаудиторная самостоятельная работа обучающихся			
Рефлексия			
Итого			

*Место проведения физкультминутки на занятии определяет преподаватель

Приложение Д

Образец оформления содержания лекции

СОДЕРЖАНИЕ ЛЕКЦИИ

Лекция

1. Введение в оториноларингологию. Основные понятия.
2. Методы исследования носа и придаточных пазух носа.
3. Клиника острых и хронических ринитов.
4. Вопросы для подготовки к практическому занятию.

1. Введение в оториноларингологию

Оториноларингология (сокращенно ЛОР) стала самостоятельной специальностью со второй половины XIX века. Она изучает болезни уха (otos), носа (rhinos), глотки и гортани — горла (laryngos). В настоящее время, признавая факт расширения значения понятия, эта специальность получила в мире наименование «Оториноларингология – хирургия области головы и шеи».

Начало развития науки как самостоятельной дисциплины в значительной мере было обусловлено изобретением эндоскопических методов исследования. Так, немецким врачом Гофманом был предложен лобный рефлектор (1841), учителем пения Гарсия – зеркало для непрямой ларингоскопии (1854), чешским профессором Чермаком – зеркало для осмотра носоглотки (1859), немецким профессором Килианом – трахеобронхоскоп. Одним из первых анатомию уха описывал Везалий, спиральный орган носит имя своего исследователя Корти, а профессор Эвальд был удостоен Нобелевской премии за открытие и проведение калорической пробы, показавшей связь нистагма и раздражения полукружных канальцев внутреннего уха.

Развитие отечественной отоларингологии связано с именами основоположников отечественной терапии С.П. Боткина и Г.А. Захарьина,

анатомо-хирургические познания Пирогова способствовали развитию хирургии ЛОР - органов. В развитие отохирургии большой вклад внёс профессор Раухфус. Он же впервые в мире детально описал подскладочное подкладочное пространство гортани. Ученик Боткина Н.П. Симановский возглавил первую в России кафедру и клинику учёных, носовых и горловых болезней в Военно - медицинской академии. Большую роль в развитии оториноларингологии в нашей стране сыграли его ученики В.И. Волчек, М.Ф. Цытович, Б.В. Верховский, П.П. Шевченко и др. К началу 1917 года на всю Россию было лишь 5 специализированных клиник, где трудилось около 400 специалистов. Коренным образом изменилось это положение лишь после революции 1917 года. В 1922 году оториноларингология была включена как обязательный предмет в программу всех медицинских ВУЗов. В преподавании науки на первый план был выдвинут принцип профилактической помощи. В 1930 году в Ленинграде был открыт ЛОР - НИИ по инициативе профессора Воячека, в 1935 году – в Москве по инициативе профессора Свержевского и А.Г. Лихачёва, в 1961 году – в Киеве по инициативе профессора Коломийченко. В 1930 году – открывается специализированная детская ЛОР - клиника в Москве.

В настоящее время во всех медицинских университетах существуют кафедры ЛОР - болезней, где тысячи обучающихся получают теоретические и практические навыки специалистов этого профиля.

2. Методы исследования носа и придаточных пазух носа

Задания для обучающихся перед изучением вопроса:

1) Определите какой метод исследования носа и придаточных пазух носа наиболее доступен для населения в ЛПУ на сегодняшний день?

2) Составьте сравнительную таблицу + и – каждого метода исследования (самостоятельно).

Заболевания ЛОР-органов являются довольно распространенной проблемой. При этом важно, как можно быстрее обнаружить нарушение и подобрать оптимальный вариант для его устранения. Для назначения лечения необходима диагностика носовых пазух. При этом можно выделить три основных метода анализа. К ним относятся следующие варианты:

- МРТ
- компьютерная томография
- рентген

Все вышеперечисленные варианты позволяют оценить внутреннее состояние ЛОР-органов. В результате таких процедур специалист получает изображение пазух носа. В результате его исследования можно поставить точный диагноз и подобрать подходящее лечение.

Выбор вида диагностики зависит от особенностей заболевания, так как каждый из них имеет свою специфику. При этом в последнее время особенной популярностью пользуются методы, которые подразумевают использование цифрового оборудования.

Использование рентгена

Этот вариант считается несколько устаревшим, так как подразумевает использование пленки. На ее поверхность переносится изображение органа. Таким образом, пациент становится между источником излучения и планшетом. Рентген пазух носа дает довольно низкую точность и позволяет обнаружить не все заболевания.

При этом он дает более высокий уровень облучения. По этой причине подобные процедуры теряют свою актуальность. Как правило, они используются для осмотра переломов околоносовых пазух.

В таком случае предоставляемой точности вполне достаточно для постановки четкого диагноза и подбора лечения. В остальных ситуациях рекомендуется проводить более подробный анализ.

Применение компьютерной томографии

Использование такого метода позволяет получить снимок органа с различных ракурсов. При этом возможно применения трехмерного изображения. КТ также позволяет определять типы тканей, выделяя их различными цветами.

Если при обычном рентгене изображение фокусируется на пленке, то последний вариант дает объемную картинку. Такая возможность обеспечивается конструкцией аппарата – он представляет собой контур, внутри которого помещается кушетка для пациента.

Таким образом, диагностика пазух носа включает в себя целый ряд снимков, которые делаются под различным углом. После их соединения получается трехмерное изображение. При этом можно получить полную картину всего за одну процедуру. Также стоит отметить, что подобный анализ занимает всего несколько минут – после этого специалисту остается только расшифровать полученную информацию.

Использование МРТ

В этом случае аппарат работает за счет электромагнитного поля и улавливает насыщенность ткани молекулами водорода. Такой подход позволяет получить максимально точный результат. После обработки данные автоматически передаются на экран и могут подвергаться расшифровке.

При этом подобный анализ околоносовых пазух не создает вредного излучения. Однако такая процедура будет наиболее дорогостоящей. По этой причине ее назначают только в определенных случаях. Как правило, причиной для прохождения МРТ служат подозрения на наличие опухоли (злокачественной или доброкачественной).

С помощью такой методики также отслеживают эффективность выбранного лечения. При этом процедура займет несколько больше времени, чем при использовании обычной компьютерной томографии. Помимо этого, существует более широкий ряд противопоказаний.

Диагностика гайморовых пазух носа

Для этой цели специалист проводит анализ наиболее подходящим способом (МРТ, КТ или рентген) для получения снимка. Наличие данного изображения позволит оценить расположение темных пятен, которые указывают на наличие гайморита. Помимо этого, подобный осмотр гайморовых пазух необходим при наличии следующих процессов:

- катаральные;
- гнойные;
- некротические;
- атрофические.

Как правило, заболевания этого участка носят воспалительный характер. При этом причиной заболевания могут выступать различные факторы. Среди наиболее распространенных стоит выделить вирусные инфекции, наличие полипов и аллергий. В последнем случае проблема носит сезонный характер, однако, также требует оперативного вмешательства.

Помимо этого, осмотр гайморовых пазух необходим при подозрении на наличие кисты или опухоли. В этом случае оптимальным вариантом станет назначение МРТ.

Анализ околоносовых пазух носа

Существует ряд показаний, которые служат причиной для осмотра ЛОР-органов. Так, диагностика околоносовых пазух необходима при воспалительных заболеваниях в том случае, если антибактериальная терапия не имеет должного эффекта. Помимо этого, анализ позволит определить уровень распространения опухоли. Среди других факторов стоит выделить:

1. Предстоящее оперативное вмешательство или планирование пластической корректирующей операции.
2. Контроль эффективности лечения опухолей.
3. Наличие травм костей лицевого черепа или его основания.
4. Аномалии развития.

Помимо этого, предпосылкой для диагностики служит наличие жидкости в околоносовых пазухах или утолщение оболочки. Еще одной

причиной для анализа служит синусит, который является довольно распространенным заболеванием. Он может возникнуть по ряду причин – поэтому особенно важно определить раздражающий фактор и подобрать подходящее лечение.

Диагностика придаточных пазух носа

Еще одной важной медицинской сферой является диагностика придаточных пазух носа. Такие процедуры необходимы при ряде заболеваний, которые носят воспалительный характер. Помимо этого, подобный анализ необходим при планировании хирургического вмешательства.

Еще одной важной предпосылкой является диагностирование опухоли носа или контроля лечения данного заболевания. С помощью диагностики придаточных пазух также можно выявить избыточную жидкость, которая может послужить причиной для возникновения синусита.

При выполнении такой процедуры осматриваются верхнечелюстные, клиновидные, лобные и решетчатые пазухи. Помимо этого, метод позволяет сделать вывод о состоянии слизистой оболочки и полости носа. Более того, есть возможность осмотреть кости челюсти, черепа и глазные яблоки, так как эти зоны расположены достаточно близко.

3. Клиника острых и хронических ринитов

Задание для обучающихся перед изучением вопроса: Определите общие симптомы для всех видов ринитов.

Острый ринит: Острый насморк - неспецифическое воспаление слизистой оболочки полости носа. Это заболевание относится к наиболее частым как у детей, так и у взрослых.

В клинике различают:

- острый катаральный ринит;
- острый катаральный ринофарингит;
- острый травматический ринит.

Насморк (ринит) - это общий термин для группы слабых и очень заразных вирусных болезней, которые вызывают воспаление слизистых оболочек носа и горла. Признаки обычно появляются через два-три дня после столкновения с вирусом; насморк остается заразным в первые два-три дня после появления симптомов. На полное выздоровление уходит от недели до 10 дней. Насморк чаще встречается зимой, чем летом и более обычен у детей, чем у взрослых, так как устойчивость ко многим вирусам развивается с возрастом. Насморк может вызвать серьезные осложнения у пациентов, страдающих хроническими болезнями дыхательных путей.

Симптомы

- Заложенный нос.
- Выделения из носа или слезящиеся глаза.
- Чихание.
- Сухой кашель или кашель, при котором выделяется немного мокроты.
- Воспаленное горло.
- Головная боль.
- Умеренная лихорадка с ознобом.
- Усталость.
- Простой герпес на губах (поскольку вирус насморка оживляет спящий вирус простого герпеса).
- Боли в мышцах и суставах.

Лечение

— Чтобы уменьшить головные боли и боли в мышцах и снизить температуру, принимают аспирин или ацетаминофен. Ацетаминофен рекомендуется для детей в возрасте до 12 лет.

— Используйте лекарства для лечения насморка осторожно. Избегайте средств, на которых написано, что они лечат все симптомы сразу, поскольку они часто неэффективны. Спреи для носа (аэрозоли) и капли должны использоваться в течение не более чем нескольких дней (10), поскольку

длительное их использование может привести к заложенности носа. Если кашель с мокротой, избегать средств, подавляющих кашель, т.к. в результате их использования слизь будет накапливаться в легких.

— Пейте больше жидкости, чтобы разжижить слизь в легких.

— Используйте полоскание теплой соленой водой несколько раз в день воспаленное горло и нос, чтобы успокоить. Сосание твердого леденца поможет не держать горло в сухом состоянии.

— Останьтесь дома (если хотите, в кровати) в течение первых двух дней, чтобы способствовать выздоровлению и предотвратить распространение насморка.

— Антибиотики не помогают в борьбе с насморком, но они могут быть прописаны, если развивается вторичная бактериальная инфекция.

Хронический ринит. Общими для всех форм хронического ринита, помимо затрудненного дыхания через нос, являются следующие симптомы:

Снижение обоняния;

Выделения из носа;

Ощущение сухости в носу;

Появление корочек в носу;

Несильные носовые кровотечения;

Чувство зуда, жжения;

Чихание;

Накопление густой слизи в носоглотке;

Храп;

Головная боль;

Нарушение обоняния

Формы хронического ринита

1. Катаральный ринит.

2. Гипертрофический ринит:

а) ограниченный;

б) диффузный.

3. Атрофический ринит:

а) простой - ограниченный, диффузный;

б) зловонный насморк или озена.

4. Вазомоторный ринит:

а) аллергическая форма;

б) нейровегетативная форма.

Хронический катаральный ринит развивается в результате повторяющихся острых насморков, чему способствует постоянное воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды - загазованная, запыленная атмосфера, частые перепады температуры.

Морфологические изменения локализуются в поверхностных слоях слизистой оболочки. Сосуды слизистой оболочки носовых раковин расширены, стенки их могут быть истончены. При длительном течении хронического ринита в подслизистом слое развивается склероз.

Симптомы соответствуют симптомам острого ринита, но гораздо менее интенсивны. Больной предъявляет жалобы на выделения из носа слизистого или слизисто-гнойного характера. Затруднение носового дыхания не постоянно. Оно усиливается (как и выделения из носа) на холоде. Часто отмечается попеременная заложенность одной из половин носа. Обычно она проявляется при лежании на спине или на боку. В этих случаях, наступает прилив крови к нижележащим частям носа. Сосуды кавернозной ткани носовых раковин, находящиеся благодаря потере тонуса в расслабленном состоянии, переполняются кровью, что вызывает закладывание носа. При перемене положения тела заложенность переходит на другую сторону.

Хронический катаральный ринит может сопровождаться нарушением обоняния в виде его ослабления (гипосмия). Полное выпадение обоняния (аносмия) встречается редко. Возможен переход катарального воспаления из полости носа на слизистую оболочку слуховой трубы с последующим

развитием тубоотита.

Лечение хронического катарального ринита - устранения факторы, вызывающих развитие хронического ринита. Полезно пребывание в сухом теплом климате, гидротерапия и курортотерапия. Необходимо лечение общих заболеваний, сопутствующих хроническому риниту, а также устранение внутриносовой патологии (деформации, синуситов, аденоидных вегетации).

Местное лечение заключается в применении антибактериальных и вяжущих препаратов в виде 3-5% раствора протаргола (колларгола), 0,25-0,5% раствора сульфата цинка, 2% салициловой мази и др. Назначают на область носа УВЧ, эндоназально УФО (тубус-кварц). Прогноз обычно благоприятный.

Хронический гипертрофический ринит

Причины те же, что и катарального. Развитие той или иной формы хронического ринита, по-видимому, связано не только с воздействием внешних неблагоприятных факторов, но и с *индивидуальной реактивностью человека.*

Гипертрофия слизистой оболочки носовых раковин нередко достигает значительных размеров. Различают три вида гипертрофии раковин: гладкую, бугристую и полипозную. Она бывает диффузной и ограниченной. Наиболее типичным местом гипертрофии являются передние и задние концы нижней и передний конец средней носовой раковины. Гипертрофия может возникать и в других областях носа - в переднем отделе носовой перегородки и у заднего ее края, на сошнике.

Для гипертрофического ринита характерна: *постоянная заложенность носа,* зависящая от чрезмерного увеличения носовых раковин, практически не сокращающихся под действием сосудосуживающих средств. Затрудняет

может наступить эссенциальная *(необратимая) аносмия. Тембр голоса становится гнусавый* (rhynolaliaclausa).

В результате сдавления фиброзной тканью лимфатических щелей *нарушается лимфоотток из полости черепа,* что вызывает появление *чувства тяжести в голове,* нарушение трудоспособности и расстройство сна.

Выключение носового дыхания приводит к *нарушению вентиляции околоносовых пазух,* а также *заболеванию нижележащих дыхательных путей.* Гипертрофия задних концов нижних носовых раковин нарушает функцию слуховой трубы и приводит к тубоотиту. Утолщение передних отделов нижних носовых раковин может сдавливать выводное отверстие слезноносового канала с последующим развитием *дакриоцистита и конъюнктивита.*

Лечение гипертрофического ринита преимущественно хирургическое. Методы лечения диффузной гипертрофии преследуют развитие в послеоперационном периоде склерозирующего рубцового процесса в подслизистом слое, уменьшающего размер носовых раковин. Для этой цели используют различные способы внутрираковинного прижигания ткани (электричеством - электрокаустика, сверхнизкими температурами - криодеструкция), а также таким воздействием, как ультразвуковая или механическая дезинтеграция. Применяют для этой цели и лазерный луч.

Атрофический ринит. Простой атрофический ринит в основе дистрофический процесс, захватывающий главным образом слизистую оболочку. Он может представлять собой частное проявление системного заболевания, при котором атрофия распространяются на глотку, гортань и другие органы и системы. Это так называемый *первичный (генуинный) атрофический ринит,* крайнюю степень которого представляет *зловонный насморк (озена).*

Вторичный атрофический ринит является следствием воздействия различных неблагоприятных факторов окружающей среды: жаркий, сухой

климат, запыленность и загазованность атмосферы промышленных производств (мукомольного, деревообрабатывающего, цементного, силикатного, химического и т.п.). В развитии атрофического ринита играют роль и различные травмы - бытовые, огнестрельные и хирургические, вызывающие повреждение тканей и кровоснабжения носовой полости.

Морфологические изменения при простом атрофическом рините наиболее выражены в эпителиальном слое слизистой оболочки. Уменьшается количество слизистых бокаловидных клеток, мерцательный эпителий теряет реснички и деградирует. Меняется вязкость и PH носового секрета, что приводит к нарушению функциональной активности мерцательного эпителия.

Клиника и симптоматика атрофического ринита

Для больных, страдающих атрофическим ринитом, характерны жалобы на *чувство сухости и зуда в носу, постоянное насыхание корок* желтовато-зеленоватого цвета, удаление которых сопровождается травмированием слизистой оболочки.

В тех случаях, когда процесс захватывает обонятельную зону, *развивается гипо- и аносмия.* В отдельных случаях *больные отмечают неприятный запах,* не улавливаемый окружающими (kakosmiasubjectiva).

Лечение атрофического ринита

При лечении атрофического ринита необходимо, как и при других формах ринита, устранить или уменьшить воздействие вредных факторов окружающей среды. Местно назначается курс лечения мазями и йод-глицерином. Утром и вечером больной должен вводить в нос на ватном тампоне диахилевую мазь Воячека на 10 мин. Два раза в неделю врачом или самим больным слизистая оболочка носа смазывается раствором йод-глицерина. Такое лечение проводится в течение 2 месяцев и повторяется 3 раза в год.

Популярностью пользуется вкладывание в нос ватных тампонов с маслом шиповника или облепихи на оливковом или персиковом масле в

соотношении 1:3 - 1:4 или с добавлением масляного раствора вит. А (не более 50.000 МЕ). Уместен также и пероральный прием вит. А, и комплекса поливитаминов с микроэлементами (например, «Витрум»).

В терапии атрофического ринита широко используются щелочные и масляные ингаляции через нос. Во время санаторно-курортного лечения полезны орошения носовой полости и ингаляции минеральными водами местных источников. Наиболее эффективны ингаляции и орошения слизистых оболочек верхних дыхательных путей 2 - 3% растворами морской соли, а также морские купания. Это связано с тем, что содержащиеся в морской воде ионы магния благотворно действуют на слизистую оболочку.

Вазомоторный ринит (ложный ринит) - *насморк без признаков воспаления слизистой оболочки. Это либо* нейровегетативный насморк, *представляющий собой проявление вегетативного невроза, либо* аллергический, *возникающий в ответ на действие аллергенов.*

В основе нейровегетативной формы вазомоторного ринита, лежит неадекватная "игра" сосудов, составляющих главное содержание кавернозных тел носовых раковин. Это циклы, характеризующиеся регулярным сужением и расширением сосудов носовых раковин, при которых появляется отчетливо ощущаемое затруднение носового дыхания.

Развитию вазомоторного ринита способствуют и рефлекторные воздействия, в частности: *охлаждение,* которому особенно подвержены незакаленные люди; *малоподвижный образ жизни; медикаментозные препараты, применяемые при гипертонии и ишемической болезни сердца с целью расширения сосудов и* у лиц, имеющих шипы и гребни на перегородке носа и др.

Аллергическая форма вазомоторного ринита возникает при воздействии различных аллергенов, и в зависимости от их названия выделяют **сезонную** и **постоянную (круглогодичную) формы** аллергического ринита. Аллергические риниты являются одними из самых

распространенных заболеваний. По данным различных исследований, они встречаются у 10 - 40% населения.

Причиной сезонной формы аллергического ринита (поллинозов) может быть пыльца различных растений в период их цветения. Жителей многих городов особенно беспокоят пух и пыльца тополей, сельских жителей - цветущие на полях злаки (тимофеевка, овсяница и др.). В последние годы актуальность приобрела амброзия - заморский злак, проникший в южные области России из Северной Америки, обладающий повышенными аллергизирующими свойствами.

При постоянной (круглогодичной) форме аллергического ринита аллергены более разнообразны и могут воздействовать на больных в течение длительного периода. К ним относятся: аллергены окружающей среды - книжная пыль, актуальная для библиотечных работников; домашняя пыль, перо птиц (перьевые подушки), волосы, перхоть домашних животных, дафнии (сухой корм для рыбок, живущих в аквариуме); пищевые продукты - цитрусовые, клубника, мед, молоко, рыба, раки; лекарственные препараты, парфюмерия и т.д.

Клиника: пароксизмальное чихание (связано с появлением зуда в носу), сопровождающееся носовой гидрореей (обильная, водянистая) и затруднением носового дыхания (из-за набухания слизистой оболочки). Риноскопия: отечность и бледность слизистой оболочки, нередко образуются полипы в области решетчатого лабиринта.

Лечение: индивидуальные меры защиты от попадания в организм аллергенов, лечение гнойного очага при микробной аллергии, специфическая (когда точно определен аллерген) и неспецифическая (антигистаминные препараты, ГКС местно) гипосенсибилизация.

4. Вопросы для подготовки к практическому занятию

1. Расскажите, используя таблицу «Скелет наружного носа», про строение наружного носа, из каких отделов он состоит.

2. Расскажите о строении полости носа, используя таблицу «Полость носа».

3. Какие околоносовые пазухи существуют, назовите их особенности и основные функции.

4. В каком возрасте формируются околоносовые пазухи.

5. Перечислите методы исследования носа и придаточных пазух носа.

6. Дайте понятие и краткую характеристику следующим методам: пальпация, передняя риноскопия, рентгенография, эндоскопия носа, ультразвуковое исследование пазух носа.

7. Расскажите из каких компонентов состоит медицинский лобный рефлектор, для каких обследований применяется этот прибор.

Приложение Е

Образец оформления списка использованных источников

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ*

1. Аляутдин, Р.Н. Фармакология : учебник / Р.Н. Аляутдин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 320 с.
2. Быковская, Т.Ю. МДК 01.02 Основы профилактики : ПМ 01. Проведение профилактических мероприятий / Т.Ю. Быковская. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2017. - 219 с.
3. Младшая сестра по уходу за больными : учебник / С.И. Двойников [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 512 с.
4. Пальчун, В.Т. Болезни уха, горла и носа : учебник / В.Т. Пальчун. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 320 с.
5. Рубан, Э.Д. Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи : учеб. пособие. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2018. - 334 с.

**Источники, используемые в методической разработке занятия, должны быть не старше 5 лет*

Приложение Ж

Образец оформления приложений

Приложение А

Строение полости носа

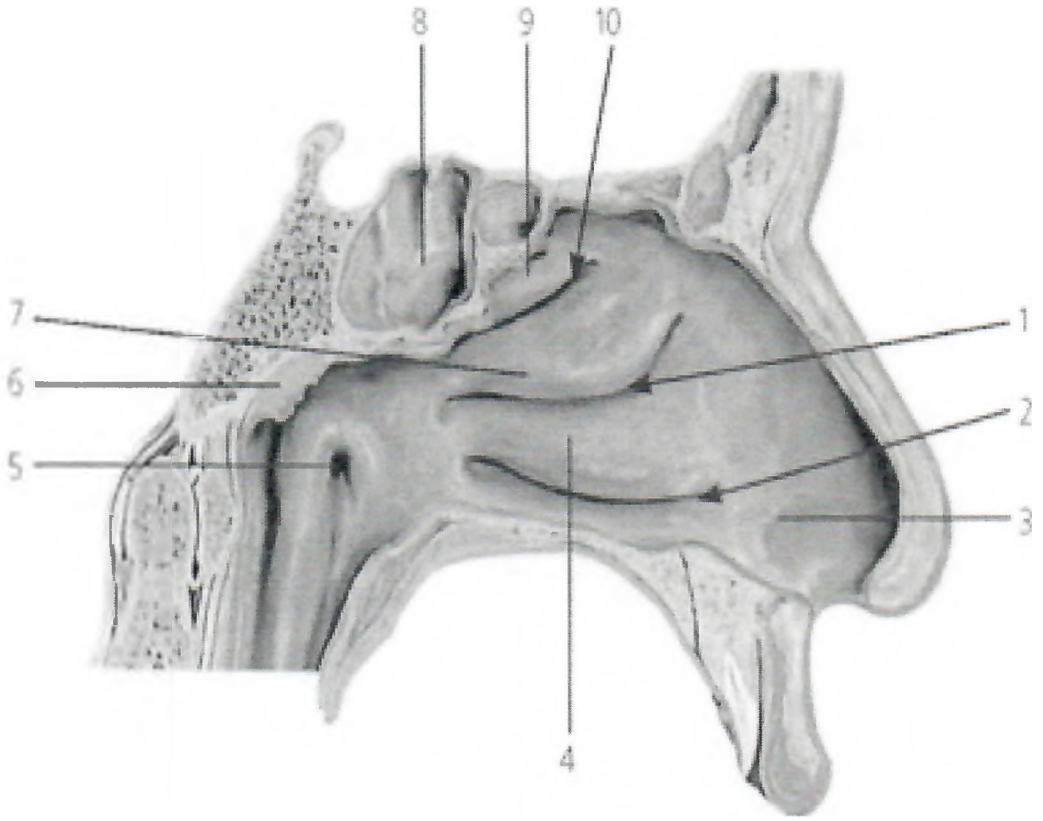

Рисунок 1 – Полость носа

Приложение 3

Общие требования к оформлению методической разработки

Работа выполняется компьютерным набором на одной стороне листа бумаги формата А4.

Страницы должны иметь поля: левое – 30 мм, правое – 10 мм, верхнее – 20 мм, нижнее – 20 мм.

Отступ между заголовком раздела и подраздела – одна пустая строка.

Шрифт – Times New Roman. Размер – 14 пт. Отступ первой строки (абзацный отступ) – 1,25 см. Интервал перед, после – 0 пт. Междустрочный интервал – 1,5 строки. Выравнивание – по ширине.

Каждую структурную часть работы «СОДЕРЖАНИЕ», «ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА», «СТРУКТУРНО-ЛОГИЧЕСКАЯ СХЕМА», «СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ» начинают с новой страницы.

Кавычки и скобки набираются вплотную к слову, без пробелов. Используются кавычки «ёлочки».

Знаки номера (№) и сокращение слова «страница» (с.) отделяются от идущей за ними цифры неразрывным пробелом.

Неразрывным пробелом отделяются инициалы от фамилии, а также делаются отбивки в сокращениях типа «и т. д.».

В текстовой части работы все слова должны быть написаны полностью. Если слова имеют специальное буквенное сокращение – аббревиатуры, то при первом упоминании пишется полное название, а в скобках дают буквенную аббревиатуру, которой пользуются в дельнейшем.

Нумерация страниц. Страницы следует нумеровать арабскими цифрами, соблюдая сквозную нумерацию по всему тексту, включая приложения. Номер страницы проставляется в центре нижней части страницы без точки.

Титульный лист включают в общую нумерацию страниц работы. Номер страницы на титульном листе не проставляют.

Оформление перечислений. Внутри пунктов могут быть приведены перечисления. Перед каждым элементом перечисления следует ставить тире. При необходимости ссылки в тексте на один из элементов перечисления вместо тире ставят строчные буквы русского алфавита со скобкой, начиная с буквы «а» (за исключением букв **е, з, й, о, ч, ъ, ы, ь**).

Простые перечисления, состоящие из слова или словосочетания, отделяются запятой, сложные – точкой с запятой.

Оформление иллюстраций. Иллюстрации (графики, схемы, диаграммы, фотоснимки, рисунки). Слово «Рисунок», через тире его наименование располагают посередине строки под рисунком.

Оформление таблиц. Таблицы применяют для лучшей наглядности и удобства сравнения показателей. Наименование таблицы, при его наличии, должно отражать ее содержание, быть точным, кратким. Наименование таблицы следует помещать над таблицей слева, без абзацного отступа в одну строку с ее номером через тире.

Заголовки граф и строк таблицы следует писать с прописной буквы в единственном числе, а подзаголовки граф - со строчной буквы, если они составляют одно предложение с заголовком, или с прописной буквы, если они имеют самостоятельное значение. В конце заголовков и подзаголовков таблиц точки не ставят.

Таблицы каждого приложения обозначают отдельной нумерацией арабскими цифрами с добавлением перед цифрой обозначения приложения.

Если в работе одна таблица, то она должна быть обозначена «Таблица 1» или «Таблица В.1», если она приведена в приложении В.

При составлении таблиц допускается размер 12 пт. Высота строк таблицы должна быть не менее 8 мм. Межстрочный интервал одинарный. В ячейках таблицы не должно быть абзацного отступа, цифровые значения выравнивают по центру, буквенные – по левому краю.

Приложение И

Правила оформления списка использованных источников*

Библиографические ссылки на источники информации необходимо указывать во всех случаях рассмотрения, упоминания или цитирования в работе других произведений. Они требуются для идентификации и поиска источников, на которые ссылается автор. Библиографические ссылки составляются согласно **ГОСТ Р 7.0.100-2018. Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления.**

Законодательные материалы

Российская Федерация. Законы. Об образовании в Российской Федерации : Федеральный закон № 273-ФЗ [принят Государственной Думой 21 декабря 2012 года : одобрен Советом Федерации 26 декабря 2012 года]. – Текст : электронный // ЭПС «Система ГАРАНТ»: Интернет-версия. – URL: http://internet.garant.ru (дата обращения: 11.01.2022).

ГОСТ Р 7.0.100-2018. Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления : национальный стандарт Российской Федерации : издание официальное : утвержден и введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 3 декабря 2018 года № 1050-ст. – Москва : Стандартинформ, 2018. – 128 с.

СанПин 2.4.3648-20. Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи : издание официальное : утвержден Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 28.09.2020 : введен 01.01.2021 // Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов - URL: http:// docs.cntd.ru (дата обращения: 11.01.2022).

Книжные издания

ПРАВИЛО: Если авторов не более трёх, то запись начинается с указания фамилии и инициалов первого автора. Если авторов нет, то запись начинается с названия

Без автора

Основы реабилитации : учебник / под ред. В. А. Епифанова, А. В. Епифанова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 416 с.

Один автор

Архангельский, В. И. Гигиена и экология человека : учебник / В. И. Архангельский. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 176 с.

Григорьев, К. И. Диагностика и лечение пациентов детского возраста : учебник / К. И. Григорьев. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 560 с.

Пряхин, В. Ф. Диагностика болезней хирургического профиля : учебник / В.Ф. Пряхин ; под ред. В. С. Грошилина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 592 с.

Два автора

Кучма, В. Р. Здоровый человек и его окружение : учебник / В. Р. Кучма, О. В. Сивочалова. - 4-е изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 544 с.

Рубан, Э. Д. Сестринский уход в офтальмологии : учебное пособие / Э. Д. Рубан, И. К. Гайнутдинов. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2018. - 352 с

Три автора

Авдулова, Т. П. Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам : учебник / Т. П. Авдулова, М. В. Дзигуа, Т. А. Тихонова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 280 с.

Котельников, Г. П. Лечение пациентов травматологического профиля : учебник / Г. П. Котельников, В. Ф. Мирошниченко, С. В. Ардатов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 352 с.

Четыре автора

Сестринское дело при инфекционных болезнях с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии : учебник / Т. В. Антонова, М. М. Антонов, В. Б. Барановская, Д. А. Лиознов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 416 с.

МДК 01.02 Основы профилактики : ПМ 01. Проведение профилактических мероприятий : учебное пособие / Т. Ю. Быковская, А. В. Вязьмитина, С. Н. Владимиров, Ю. В. Антоненко / под ред. к.м.н. Б.В. Кабарухина. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2016. - 219 с.

Статья из журнала

Андреев, Л. Моббинг на рабочем месте медицинской сестры / Л. Андреев // Сестринское дело. – 2021. - № 7. – С. 25-27.

Мыльникова, М. А. Поведенческие особенности людей с деменцией / М. А. Мыльникова // В помощь практикующей медицинской сестре. – 2021. - № 5. – 80 с.

Статья из газеты

Карпищенко, С. Оказание скорой медицинской помощи при остром ларингите / С. Карпищенко, Г. Лавренова, Л. Кучерова // Медицинская газета. – 2021. – 15 дек. (№ 49). – С. 9.

С сайта в сети Интернет

План мероприятий по повышению эффективности госпрограммы «Доступная среда». - Текст : электронный // Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации : официальный сайт. – 2017. – URL: https://rosmintrud.ru/docs/1281 (дата обращения: 11.01.2022).

Григорьев, К. И. Синдром головной боли у детей и подростков / К. И. Григорьев, А. И. Григорьев, О. Ф. Выхристюк. – Текст : электронный // Медицинская сестра : сайт. – 2021. – (7). – URL: https: // medsestrajournal.ru/ru/25879979-2021-07-07 (дата обращения: 11.01.2022).

Источник из ЭБС Лань

Логвина, В. К. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе. Синдромная патология и дифференциальная диагностика : учебное пособие для спо / В. К. Логвина, А. Ф. Купреенкова. — 3-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2022. — 284 с. — ISBN 978-5-8114-9089-9. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/184140 (дата обращения: 12.11.2021). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

**Источники, используемые в методической разработке занятия, должны быть не старше 5 лет*