

Министерство здравоохранения Республики Марий Эл
ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»

Материалы межрегиональной
научно-практической конференции,
посвященной международному Дню сердца

Йошкар-Ола
2019

Печатается по решению оргкомитета конференции

Редакционная коллегия:

Рыжков Л.В. - директор ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж», врач высшей квалификационной категории, Отличник здравоохранения СССР, Заслуженный работник здравоохранения РФ, Заслуженный врач РМЭ, Почетный работник СПО РФ, Действительный государственный советник I класса РМЭ

Козлова О.Н. - заместитель директора по научно-методической работе ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»

Малинина Н.К. - заместитель директора по учебной работе ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»

Кудрявцева Н.А. - методист ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»

Макматова Н.Б. - заведующая УВО ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»

Материалы Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной международному Дню сердца (Йошкар-Ола, ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж», 2019 г.)

В сборник включены статьи, посвященные вопросам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов разных возрастных групп

Материалы сборника адресованы работникам системы здравоохранения

Тексты не редактируются

Оглавление

<i>Аверина Н.Н. Ерохина Е.А.</i>	Профилактика модифицируемых факторов риска развития ишемической болезни сердца.....	4
<i>Аскерова Н. Ярош Л.А.</i>	Роль среднего медицинского персонала в достижении приверженности пациентов с ИБС, стенокардией к терапии.....	7
<i>Бердникова А.Н. Курицына Р.С.</i>	Изучение приверженности лечения гипертонической болезни.....	12
<i>Гаврилова Н.Г. Никитина И.Р.</i>	Врожденные пороки сердца у детей.....	15
<i>Гвоздева И.М. Ярош Л.А.</i>	Роль среднего медперсонала в достижении приверженности пациентов с гипертонической болезнью к терапии.....	18
<i>Григорьева Р.Р.</i>	Берегите, пожалуйста, детство!.....	23
<i>Ларионова Е.Е.</i>	Инфаркт миокарда: факторы риска и принципы профилактики.....	28
<i>Ларионова И.А. Степанова А.А.</i>	Маршрут донорской крови – «от вены до вены...».....	32
<i>Ляпустина Ю.В. Гурьев П.А.</i>	Профилактика основных факторов риска артериальной гипертензии.....	36
<i>Макматова Н.Б.</i>	Организация работы по ранней профилактике сердечно-сосудистых заболеваний фельдшером средней общеобразовательной школы.....	38
<i>Окунская Т.В. Кириченко И.Я. Абросимов И.А. Калугина М.В.</i>	Определение суммарного сердечно-сосудистого риска в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.....	42
<i>Пахомова Л.В. Андреева О.В.</i>	Обучение пациентов в «Школе артериальной гипертензии» как фактор профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.....	45
<i>Разина П.С. Карабалинова В.Р.</i>	Выявление факторов риска ишемической болезни сердца.....	48
<i>Рахмаева А.П.</i>	Разновидности физической активности для здорового сердца.....	50
<i>Рогожина Е.А. Янковская О.Г. Малафеева Е.В.</i>	Аэробная гимнастика как средство профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.....	53
<i>Смирнова Н.Ю.</i>	Профилактика смерти от сердечно-сосудистых заболеваний.....	57
<i>Шарнина Н.А.</i>	Как укрепить сердце в пожилом возрасте.....	61

ПРОФИЛАКТИКА МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

*Аверина Наталья Николаевна, преподаватель
Ерохина Елена Александровна, преподаватель
ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной»
Филиал «Безенчукский»
Самарская область, Безенчукский район, п.г.т. Безенчук*

Ишемическая болезнь сердца – острое или хроническое заболевание сердца, обусловленное уменьшением или прекращением доставки крови и кислорода к сердечной мышце, возникающее в результате патологических процессов в системе коронарных артерий. Согласно статистике Всемирной Организации Здравоохранения ишемическая болезнь сердца имеет почти эпидемическое распространение в современном обществе.

Выявление факторов риска развития ишемической болезни сердца, их профилактика ведут к повышению качества жизни населения.

Профилактика – комплекс различного плана мероприятий, направленных на устранение факторов риска и предупреждение развития неблагоприятных процессов.

Факторы риска - это генетические, физиологические, поведенческие и социально-экономические характеристики индивидуума, позволяющие поместить его в группу населения, где, по сравнению с остальной частью населения, наиболее высока вероятность развития той или иной проблемы со здоровьем, или определённого заболевания

Выделяют факторы риска: модифицируемые и не модифицируемые факторы, которые ассоциируются с повышенным риском развития ишемической болезни сердца.

Модифицируемые факторы риска – факторы, которые поддаются изменениям и могут быть при определенном воздействии на них устранены. Оздоровление образа жизни может замедлить развитие болезней системы кровообращения как до, так и после появления клинических проявлений.

К не модифицируемым факторам относится невозможность повлиять изменением поведения или медикаментозным вмешательством на факторы, которые отнесены к биологическим особенностям организма.

В соответствии концепцией факторов риска, разработанной Американским кардиологическим колледжем в 1996 г. различают 4 категории факторов риска:

- категория 1 — факторы, устранение которых достоверно уменьшает риск развития ишемической болезни сердца (курение, высокий уровень холестерина липопротеинов низкой плотности и гиперхолестеринемия, артериальная

гипертензия);

- категория 2 — факторы, коррекция которых с большой вероятностью снижает риск развития ишемической болезни сердца (сахарный диабет, низкий уровень липопротеинов высокой плотности и высокий уровень триглицеридов, гиподинамия, ожирение, менопауза и постменопаузальный период);

- категория 3 — факторы, коррекция (модификация), которых с меньшей вероятностью снижает риск развития ишемической болезни сердца (употребление алкоголя, психосоциальный стресс, тип личности А (стресс-коронарный профиль), питание с избыточной калорийностью и высоким содержанием животных жиров);

- категория 4 — факторы, которые не могут быть модифицированы (корригированы), или воздействие на которые не приводит к снижению риска развития ишемической болезни сердца (пожилой возраст, мужской пол, наследственность).

Курение увеличивает смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на 50%, причем риск возрастает с увеличением возраста и количества выкуренных сигарет. Курение вызывает развитие тахикардии, повышает агрегацию тромбоцитов, усиливает выраженность и прогрессирование атеросклеротического процесса, повышает содержание фибриногена в крови, снижает уровень антиатерогенных липопротеинов высокой плотности, способствует развитию спазма коронарных артерий. Продолжение курения после аортокоронарного шунтирования в два раза увеличивает относительный риск смерти, рецидивов стенокардии.

Путем активного выявления и регулярного лечения артериальной гипертензии можно приблизительно снизить смертность на 15% - от ишемической болезни сердца.

У лиц с низкой физической активностью ишемическая болезнь сердца развивается в 1,5-2,5 раза чаще, чем у лиц, ведущих физически активный образ жизни. Для повышения физической активности можно использовать различные ситуации ежедневной жизни: ходить или ездить на велосипеде на работу и обратно (можно проходить часть пути, а оставшуюся часть проезжать на транспорте), отказаться от пользования лифтами и эскалаторами, работать в саду, вести домашнее хозяйство.

Необходимо регулярно заниматься физическими упражнениями, причем их интенсивность должна приводить к заметному усилению деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Это могут быть очень разные упражнения в зависимости от состояния здоровья и возраста: быстрая ходьба, бег, плавание, ходьба на лыжах, езда на велосипеде. Необходимыми общими условиями этих упражнений являются их цикличность, динамичность, отсутствие статических усилий, вовлечение в их выполнение больших групп мышц.

Ожирение является не только независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, но и одним из звеньев — возможно, пусковым механизмом — других факторов риска, например артериальной гипертензии, инсулинорезистентности и сахарного диабета. Более опасно так называемое абдоминальное ожирение. Для определения степени ожирения используют индекс массы тела.

Современная диета, нацеленная на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний, включает: ограничение калорийности рациона при сохранении баланса между основными пищевыми веществами; суточное количество потребляемых калорий для взрослого человека оно составляет не более 3000 в сутки; сбалансированное, регулярное (не реже 4 раз в день) питание с ограничением потребления соли.

При ишемической болезни сердца рекомендуется диета, энергетическая ценность которой оптимальна и рассчитана с учетом массы тела пациента и его энергетических затрат, а также богата овощами, фруктами, растительной клетчаткой, включает рыбу, растительные жиры, обогащена витаминами, в частности, содержит антиоксиданты и ограниченное количество жиров и холестерина.

Чрезмерное употребление алкоголя увеличивает риск общей и сердечно-сосудистой смертности, в то время как употребление умеренных доз алкоголя оказывает протективный эффект в отношении ишемической болезни сердца.

Психосоциальный стресс. К факторам риска ишемической болезни сердца относится также повышенный уровень психоэмоционального напряжения или так называемый стресс-коронарный профиль личности (тип А). Речь идет о таких чертах личности, как гнев, депрессия, ощущение постоянной тревоги, агрессивность, чрезмерное тщеславие, кроме того, частые психологические стрессы, отсутствие семейной поддержки, взаимопонимания.

Правильный образ жизни. В это понятие входит соблюдение режима дня — с полноценным отдыхом и чередованием нагрузок и периодов расслабления.

Профилактика ишемической болезни сердца, определяется как скоординированный набор действий на общественном и индивидуальном уровне. В программу профилактики ишемической болезни сердца включены следующие мероприятия: контроль артериального давления, скрининг холестерина, скрининг электрокардиограммы для мужчин с двумя и более факторами риска, поддержание нормального артериального давления, поддержание безопасного уровня холестерина, умеренное употребление алкоголя, полный отказ от курения, нормализация массы тела, адекватная физическая нагрузка, обучения методам управления стрессами.

Оздоровление образа жизни и избавление от факторов риска снижает риск преждевременной смерти от ишемической болезни сердца, как у отдельного индивидуума, так и в популяции в целом.

Список библиографических ссылок и ссылок на ресурсы Интернет:

1. Двойников С.И., Тарасова Ю.А., Фомушкина И.А., Костюкова Э.О. Проведение профилактических мероприятий. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2017. – С. 73-74.
2. Маколкин В.И., Овчаров С.И., Сулимов В.А. Внутренние болезни. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - С. 325.
3. Нечаев В.М., Фролькис Л.С., Игнатюк Л.Ю. Лечение пациентов терапевтического профиля. – М. : ГЭОТАР- Медиа, 2017. – С. 354
4. Режим доступа: <http://base.safework.ru/> , свободный. – Загл. с экрана. – Яз.рус.
5. Режим доступа: <http://kardio.lekmed.ru/kakie-factory-riska-sposobstvuyut-razvitiyu-ibs.html> , свободный. – Загл. с экрана. – Яз.рус.
6. Режим доступа: <http://poliklinika-avto.ru/obraz-zhizni>, свободный. – Загл. с экрана. – Яз.рус.
7. Режим доступа: http://www.alpindustria.ur.ru/profilaktika_insulta.html, свободный. – Загл. с экрана. – Яз.рус.

РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ДОСТИЖЕНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ИБС, СТЕНОКАРДИЕЙ К ТЕРАПИИ

Аскерова Нафила, студентка, отделение Лечебное дело

Ярош Людмила Андреевна, преподаватель

ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной» филиал «Новокуйбышевский медицинский колледж»

г. Новокуйбышевск, Самарская область

«Есть больные, которым нельзя помочь,
но нет больных, которым нельзя не навредить».
немецкий философ Е. Lambert

На сегодняшний день медицинская статистика поражает показателями, демонстрирующими стремительный рост числа заболеваний сердца. Темпы современной жизни, стрессовые ситуации, с которыми ежедневно сталкивается человек, недостаток движения, некачественное или нерегулярное питание выводят из строя центральный орган нашего организма-сердце. Настораживает и тот факт, что возраст инфарктов миокарда, ишемической болезни сердца значительно снизился. В настоящее время сердечными заболеваниями все чаще страдают люди в возрасте 35-45 лет.

Среди сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с атеросклерозом, хроническая ишемическая болезнь сердца (ИБС), в частности стенокардия, является

наиболее распространенной формой. Поэтому длительное лечение этой группы больных, которое обеспечивает снижение летальности среди них, является актуальной задачей для российского здравоохранения. По оценкам ВОЗ, в мире ежегодно умирает 8,7 миллионов человек от сердечно-сосудистых заболеваний. К 2030 году в мире смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, в основном от болезней сердца и инсульта, возрастет до 23,6 миллиона человек. При этом в России смертность населения от сердечно - сосудистых заболеваний в 2017 году снизилась на 10 %, по сравнению с 2008 годом, составляя 48% общей смертности населения и сохраняя за собой лидирующее место среди причин смертности.

Амбициозная задача по увеличению продолжительности жизни россиян до 80 лет выполнима только при условии продолжения успешной работы по снижению заболеваемости и смертности от кардиоваскулярной патологии. Для уменьшения смертности в стране важной задачей также является, кроме организации профилактических мероприятий среди населения, обеспечение оптимального лечения заболевших. Сегодня медицина должна перейти от эры «доказательной» в эру «точной медицины», что позволит защитить больных от бесполезной и, возможно, опасной для жизни терапии.

На сегодняшний день медицинская наука и практика ведения заболеваний сердца располагают широким арсеналом диагностических и лечебных методов, применяемых при обследовании и лечении пациентов с заболеваниями ишемической болезни сердца. Сюда относятся инструментальная диагностика и лабораторные методы исследования, включающие биохимические, клинические анализы крови. Наиболее важными исследованиями больных сердечными заболеваниями являются ЭКГ и быстрый тропониновый тест, доступные на сегодняшний день практически во всех отделениях. Большую диагностическую пользу приносит использование стресс-тестов (тредмилл или велоэргометрия), во время которых нагрузка постепенно нарастает по определенному протоколу. Коронарография является еще одним методом, который позволяет наиболее точно определить отклонения в анатомии коронарных сосудов.

В последние годы в лечении хронических заболеваний все большая роль отводится программам терапевтического обучения больных. Кроме того, применение обучающих программ имеет не только медицинское, но и социально - экономическое значение, способствует лучшей социальной адаптации пациентов с хронической патологией, что ведет к уменьшению прямых и косвенных затрат на лечение.

Приверженность к лечению - мультифакторная проблема с выраженными последствиями, как для здоровья самого пациента, так и общества в целом. В последние годы низкая приверженность к лечению при стенокардии расценивается

все большим числом экспертов как самостоятельный фактор риска развития инфаркта миокарда, неблагоприятных исходов и смерти, а также причина развития цереброваскулярных осложнений. На приверженность пациента к лечению влияет целый ряд факторов (называемые факторами комплайенса); наиболее значимыми среди них являются:

- высокая стоимость лекарственных средств;
- отсутствие соответствующих медицинских образовательных программ;
- неудобный режим терапии;
- отсутствие желаемых результатов;
- наличие побочных эффектов - все это снижает уровень медико-социальной коммуникативности и степени доверия пациента медицинскому персоналу, а также повышает склонности к медико-социальному дистанцированию и склонности к самолечению клинически не апробированными методами, что неизбежно приводит к самопроизвольному прекращению следования рекомендациям врача.

В реальной практике приверженность пациентов к лечению по различным данным колеблется от 15 до 60%.

Одним из наиболее важных показателей эффективности проводимого пациенту лечения является частота повторных госпитализаций. По данным различных авторов, у пожилых больных с заболеваниями сердечно – сосудистой системы частота повторных госпитализаций составляет от 25 до 47% в течение 3 месяцев, и одной из причин является плохая приверженность больных к лечению. Необходима постоянная работа с больными для формирования у них стойкой мотивации на изменение образа жизни и приверженности к лечению, при этом часть такой работы могут самым активным образом выполнять средние медицинские работники: фельдшера и медицинские сестры.

Представляем программу вторичной профилактики заболевания, направленную на достижение приверженности терапии:

Стационарный этап.

1. Режим тренирующий. Регулярные занятия с инструктором ЛФК.
2. Диета стол №10. Питание малыми порциями в 5-6 приемов. Ограничить употребление поваренной соли до 1,2 - 1,8 г/сут. Исключаются вещества, возбуждающие ЦНС и сердечно-сосудистую систему: алкоголь, крепкий чай и натуральный кофе, какао, шоколад, мясные, рыбные и грибные навары, острые блюда, копчености, продукты, богатые холестерином. Ограничиваются продукты, вызывающие метеоризм. Разрешается: рыба и мясо в вареном виде, зелень, оливковое масло, овес, сыр низкой жирности, обилие овощей и фруктов, хлеб из муки грубого помола.

3. Контроль водного баланса. Обучение пациента для обеспечения самоконтроля водного баланса, суточного диуреза.
4. Информирование пациента о заболевании и лечении:
 - Оценить понимание и принятие заболевания пациентом, его ожидания от длительного наблюдения и лечения.
 - Обсудить имеющиеся сомнения и прояснить непонятные вопросы.
 - Информировать пациента об основных показателях, характеризующих течение заболевания.
 - Согласовать с пациентом целевые уровни этих показателей (например, уровень артериального давления при гипертензии, уровень общего холестерина и т.п.).
 - Контроль уровня общего холестерина рекомендуется проводить не менее двух раз в год. При уровне общего холестерина выше 5,6 ммоль/л консультация врача-кардиолога для решения вопроса о приеме статинов.
 - Контроль уровня сахара крови. Пациенту требуется проведение ТТГ для исключения сахарного диабета. Необходимо сообщить пациенту нормальные показатели сахара крови (не выше 6,0 ммоль/л).
 - Пациенту рекомендуется посещение школы «Артериальной гипертензии», при отсутствии таковой, медицинский персонал отделения проводит индивидуальные беседы по коррекции АД (достижение целевых показателей не выше 125 и 85 мм.рт.ст), обучение по ведению дневника самоконтроля, особенностям питания, самоконтроля приема лекарственных препаратов.
5. Информировать пациента о рекомендованных изменениях образа жизни, терапии и обеспечить его письменной информацией о назначениях.
6. Выявлять проблемы, которые беспокоят пациента, предоставлять ему возможности выработать стратегию поведения для выполнения рекомендаций.
7. Подчеркивать необходимость длительного лечения, несмотря на достижение целевых уровней показателей заболевания.

Амбулаторный этап лечения требует от медицинского работника среднего звена поддержания достигнутого результата:

1. Совместно с врачом осуществлять подбор индивидуального режима терапии.
2. Вовлекать пациента в принятие решений.
3. Определять вместе с пациентом реальные краткосрочные цели в отношении изменения образа жизни и лечения.
4. Включать терапию в образ жизни пациента.
5. Обсуждать с пациентом возможные побочные эффекты препаратов.
6. Поощрять самоконтроль.

7. Минимизировать стоимость терапии (заменить оригинальные препараты на дженерики).

Закрепление достигнутого:

- Обсуждать с пациентом показатели, характеризующие течение заболевания во время каждого визита.
- На каждом визите контролировать соблюдение пациентом рекомендаций, предупреждать пациента об этом, контролировать ведение дневника самоконтроля.
- Поощрять поведение, направленное на достижение контроля течения болезни (уровень артериального давления, уровень липидов крови, липопротеидов низкой плотности, как показателя возможного поражения сосудов, уровень сахара крови и т.п.)
- Убедиться, что пациент понял рекомендации в отношении режима терапии.
- Использовать памятки, напоминать пациенту о предстоящем визите по телефону.
- Планировать более частые визиты для выявления не приверженности пациента к лечению.
- Устанавливать контакт с пациентом, пропустившим визит.

Обеспечение социальной поддержки:

- При согласии пациента обучать членов семьи для обеспечения ежедневной поддержки в достижении контроля за заболеванием.
- Организовать пациента в группы для улучшения взаимной поддержки и мотивации.

Изменение, оздоровление образа жизни является необходимым компонентом обеих стратегий: отказ от курения, нормализация артериального давления и массы тела, коррекция гиперхолестеринемии, повышение физической активности, уменьшение потребления алкоголя. Необходимо отметить, что при коррекции факторов риска кроме изменения поведения можно эффективно использовать и медикаментозные методы. Для повышения приверженности пациента к изменению образа жизни необходимо добиться хорошего контакта с пациентом, убедиться, что пациент понимает, как образ жизни влияет на развитие и прогрессирование заболевания, проанализировать вместе с пациентом возможные барьеры для изменения образа жизни и разработать реалистичный план действий, поддерживать усилия пациента, направленные на оздоровление образа жизни.

Использование эффективных стратегий повышения приверженности пациентов к лечению может способствовать улучшению контроля за течением заболевания, снижению риска развития осложнений.

Использованные источники

1. Гиляревский С.Р., Резван В.В., Кузьмина И.М., Голшмид М.В. Современные подходы к противоишемической терапии больных со стабильным течением ишемической болезни сердца // Мед. алфавит. 2013. № 2. С. 2–7.
2. Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (пересмотр 2012 г.)
3. Кардиология в вопросах и ответах /Под редакцией профессора Ю. Р. Ковалева. - СПб: ООО Издательство ФОЛИАНТ, 2012. – 456 с.
4. Карпов Ю.А., Сорокин Е.В. Стабильная ишемическая болезнь сердца: стратегия и тактика лечения.- М., Реафарм. 2013. – 244 с.
5. Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Колтунов И.Е. Лечение хронической ишемической болезни с позиций доказательной медицины. Практикующий врач 2012; № 4: стр. 44–46.
6. Ольбинская Л.И., Морозова Т.Е. Современные аспекты фармакотерапии ишемической болезни сердца Лечащий врач 2013; № 6: 14-19.

ИЗУЧЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Бердникова Александра Николаевна, студентка специальности «Сестринское дело»

Курицына Раиса Сергеевна, преподаватель

КОГПОБУ «Кировский медицинский колледж»

г. Киров, Кировская область

Несмотря на усилия ученых, врачей и органов управления здравоохранением, артериальная гипертензия в Российской Федерации остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем. В последнее время достигнут существенный прогресс в понимании эпидемиологии, патофизиологии и факторов риска артериальной гипертензии (АГ). Данные многочисленных работ свидетельствуют о том, что снижение артериального давления значительно уменьшает заболеваемость сердечно-сосудистой системы, сахарным диабетом 2 типа, хронической болезнью почек и преждевременную смертность. Тем не менее, как показали исследования INTERHEART и др., во всем мире не удается пока достичь эффективного и адекватного контроля АД.

Распространенность АГ составляет 30-45% среди взрослого населения, по данным зарубежных исследований, и около 40%, по данным российских исследований. В российской популяции распространенность АГ среди мужчин несколько выше, в некоторых регионах она достигает 47%, тогда как среди женщин распространенность АГ – около 40%. Поэтому АГ по-прежнему остается основной

предотвратимой причиной возникновения ССЗ и общей смертности во всем мире.

Так как АГ вызывает такие грозные осложнения, как: гипертонический криз, ССЗ (ИМ, СН, аневризма аорты), инсульт, ХБП, изменение сосудов сетчатки глаза, СД 2 тип, эректильную дисфункцию, то, как свидетельствуют данные последних исследований, польза от ее лечения значительно превосходит риск применения антигипертензивных препаратов. В связи с этим Европейское общество кардиологов и Европейское общество по АГ выпустили в 2018 г. обновленные рекомендации по лечению гипертонической болезни.

Объект исследования – гипертоническая болезнь.

Предмет исследования – приверженность лечения гипертонической болезни.

Цель исследования: изучение приверженности лечения гипертонической болезни пациентов Малмыжской центральной районной больницы Кировской области.

Задачи исследования:

1. Изучить литературные источники по исследуемой теме.
2. Провести анкетирование и анализ данных у пациентов с гипертонической болезнью на выявление приверженности выполнения рекомендации врача.
3. Составить рекомендательный материал для пациентов с гипертонической болезнью по результатам исследования.

Исследование проводилось в Малмыжской центральной районной больнице.

Проведен опрос и анкетирование 20 пациентов с гипертонической болезнью: мужчины 12 чел. (60%), женщины 8 чел. (40%). Возраст респондентов - 28-70 лет.

Выявлен низкий уровень приверженности пациентов к лечению и здоровому образу жизни.

Пациенты не принимают лекарства (забывают, боятся побочных эффектов от лекарственных средств, устраивают «лекарственные каникулы» - перерывы в лечении, испытывают недостаток денежных средств) – 8 чел. (40% респондентов).

Не ведут дневник самоконтроля (не обучены, испытывают дефицит информации) – 16 чел. (80%).

Не измеряют АД (не имеют возможности купить тонометр, не обучены пользоваться) – 14 чел. (70%).

Не выполняют рекомендации по отказу от вредных привычек: курения – 12 чел. (60%), употребления алкоголя – 18 чел. (90%), избыточного потребления соли – 14 чел. (70%).

У 3 чел. (15%) повышен уровень сахара в крови, у 5 чел. (25%) повышен уровень холестерина. 12 человек (60%) подвержены стрессовым ситуациям, 6 чел. (30%) имеют наследственные риски. Ведут малоподвижный образ жизни – 8 чел.

(40%),

Большинство не стремятся к снижению массы тела, рациональному питанию, не проходят профилактические осмотры.

Всем пациентам с АГ предложены рекомендации по изменению образа жизни. Немедикаментозные методы лечения АГ способствуют снижению АД, уменьшают потребность в антигипертензивных препаратах и повышают их эффективность, позволяют осуществлять коррекцию факторов риска (ФР), проводить первичную профилактику АГ у больных с высоким нормальным АД и имеющих ФР.

Методы немедикаментозной коррекции:

- отказ от курения;
- ограничение поваренной соли до 5г/сут. Влияние ограничения натрия более выражено у больных пожилого и старческого возраста, у пациентов с СД, метаболическим синдромом и ХБП;
- снижение потребления алкогольных напитков <30г в сутки для мужчин и 20г. в сутки для женщин. Суммарное потребление алкоголя в неделю не должно превышать 140 г для мужчин и 80 г для женщин или до 14 единиц в неделю для мужчин, до 7 единиц в неделю для женщин (1единица – 125мл вина или 250 мл пива);
- нормализация массы тела. Поддержание индекса массы тела около до 25кг/м² (окружность талии до 94см у мужчин и до 80 см у женщин);
- умеренные аэробные нагрузки (ходьба, бег трусцой, езда на велосипеде, плавание, фитнес) продолжительностью не менее 30 минут в течение 5-7 дней в неделю. Изометрическая силовая нагрузка не рекомендуется;
- изменение режима питания – увеличение потребления зерновых, рыбы, свежих овощей и фруктов не менее 400 г. в день, исключая картофель, продуктов богатых калием, ненасыщенных жирных кислот (растительные масла, особенно льняного и оливкового). Уменьшение потребления животных жиров;
- по возможности избегать стрессов и бессонницы. При их наличии прибегать к успокоительным настоям и отварам;
- постоянно принимать назначенные врачом лекарственные препараты, для снижения АД. При лечении пациентов с АГ величина АД должна быть менее 140/90 мм рт.ст., что является целевым уровнем;
- соблюдение режимов сна и бодрствования, труда и отдыха необходимо проводить непрерывно;
- регулярно проходить медицинское обследование.

Следование данным рекомендациям позволит пациентам с АГ сохранить качество жизни.

Список литературы

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 марта 2019 г № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 марта 2019 г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».
3. Чазова И.Е., Ощепкова Е.В., Жернакова Ю.В. Диагностика и лечение артериальной гипертензии: Клинические рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии. - Москва, 2016. - С. 7-16.
4. Бойцов С.А, Ипатов П.В. Диспансеризация определенных групп взрослого населения: Методические рекомендации, 3-е изд. – Москва, 2015. – С. 41-68.
5. Мамедов М.Н., Зволинская Е.Ю., Ахмедова Э.Б. и др. Основные принципы изменения здорового образа жизни у больных с коморбидностью ХНИЗ /Под ред. Р.Г.Оганова, О.М. Драпкиной. – Москва, 2018.
6. Бойцов С.А., Погосова Н.В. Кардиоваскулярная профилактика, 2017. – С.12-59.
7. Бойцов С.А., Чучалин А.Г. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. – Москва, 2013. – С. 38-66.
8. Алексеенко С.Н., Дробот Е.В. Профилактика заболеваний: Учебное пособие для студентов. – Москва, 2015.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

*Гаврилова Н.Г., Никитина И.Р., преподаватели
ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»*

Болезни сердечно-сосудистой системы - это проблема, которая является основной для всех развитых стран мира, в том числе и России. Болезни системы кровообращения сокращают продолжительность жизни человека, становясь основной причиной инвалидности, а также внезапной смерти. Часто истоки этих заболеваний у взрослых находятся в детском и подростковом возрасте.

Количество врожденных дефектов развития в последнее десятилетие заметно увеличилось, а удельный вес наследственной и врожденной патологии в структуре заболеваемости и смертности новорожденных и детей раннего возраста продолжает расти. Врожденный порок развития в настоящее время рассматривается как аномалия формирования, повлекшая за собой грубые изменения строения и функции органа или ткани, возникшая во внутриутробном периоде. Среди различных типов врожденной и наследственной патологии: тератогенные дефекты составляют до 3%, внутриутробные заболевания — 2,5%, близнецовость — 0,5%, мультифакторные заболевания — 23%, генетические — 28% и заболевания

невыясненной этиологии — до 43%. Приблизительно 2-3% новорожденных имеют серьезные множественные врожденные пороки развития.

Врожденные пороки сердца являются одной из самых распространенных аномалий развития у детей. В Российской Федерации ежегодно рождается около 10 тыс. детей с данной патологией, которые нуждаются в операции. Из них от 50 до 70% страдают так называемыми критическими пороками периода новорожденности и требуют экстренной помощи. Летальность при таких пороках чрезвычайно высока: к концу первой недели умирают 29%, к первому месяцу - 42%, к первому году жизни - 87%. Между тем 98% детей с врожденными пороками, прооперированных в ранние сроки после рождения, проживают полноценную жизнь.

Аномалии анатомического развития сердца и крупных сосудов обычно формируются на 2-8-й неделе внутриутробного развития в результате нарушения эмбрионального морфогенеза и могут быть обусловлены как наследственными (генные, хромосомные, геномные, зиготические мутации), так и средовыми факторами, влияющими на развивающийся зародыш. Конкретные причины возникновения врожденных пороков не известны. Нередко они связаны с хромосомными аномалиями, выявляемыми при кариотипировании более чем у 1/3 больных. Чаще всего это трисомия по хромосомам 21, 18 и 13. Помимо болезни Дауна, существует около 20 наследственных синдромов, которые в большинстве случаев сопровождаются формированием врожденного порока.

Дефекты генетического кода и нарушения эмбриогенеза могут быть и приобретенными - воздействие на плод и организм матери некоторых неблагоприятных факторов (радиация, алкоголизм, наркомания), эндокринные заболевания (сахарный диабет, тиреотоксикоз), вирусные и другие инфекции, перенесенные в I триместре беременности (краснуха, грипп, гепатит В), прием лекарственных средств (препараты лития, варфарин, талидамид, антимаболиты, антиконвульсанты). Большое значение в возникновении патологии сердца и сосудов имеют смешанные вирусно-вирусные и энтеровирусная инфекции, перенесенные плодом внутриутробно.

Наиболее значимыми факторами риска врожденных пороков сердца являются: табакокурение, цитомегаловирусная инфекция, герпесвирусная инфекция и их сочетание у беременной как в острой, так и в хронической стадии инфекционного процесса.

Помимо этиологических, выделяются факторы риска рождения ребенка с врожденным пороком сердца. К ним относятся:

- возраст матери;
- токсикоз и угроза прерывания I триместра беременности;

- мертворожденные в анамнезе;
- наличие детей с врожденными пороками развития у ближайших родственников.

Количественно оценить риск рождения ребенка с врожденным пороком сердца в семье может только генетик, но дать предварительный прогноз и направить родителей на медико-биологическую консультацию может каждый врач. Следует отметить, что частота врожденных пороков у ближайших родственников больных с аномалиями сердца лишь в 2-5 раз выше по сравнению с таковой в общей популяции. У большинства детей с изолированными пороками сердца семейный анамнез не отягощен и набор хромосом не изменен. В связи с этим лишь в редких случаях имеет смысл отговаривать родителей, ребенок которых страдает врожденным пороком сердца, иметь еще одного ребенка.

Таким образом, врожденные пороки сердца остаются нерешенной проблемой эффективной пренатальной диагностики, что требует от будущей матери осознанного планирования беременности, проведения прегравидарной подготовки. Беременности должны быть запланированными, а уважительное отношение будущих родителей к зарождающейся жизни может заранее свести к минимуму многие факторы, оказывающие неблагоприятное воздействие на организм матери и будущего ребенка. Подготовка на этапе планирования беременности включает формирование чувства моральной и ответственной готовности к беременности и ребенку, а значит осознанное изменение образа жизни, отказ от вредных привычек, полноценное медицинское обследование консультирование. Прегравидарную подготовку нужно рекомендовать начинать как минимум за год до предполагаемого момента зачатия. В целом подготовка к беременности включает определение исходного состояния здоровья будущих родителей, комплекс мероприятий по подготовке организма каждого родителя к зачатию и женщины к беременности, а также могут быть даны рекомендации по определению оптимальных дней для зачатия.

Важно помнить, что на современном этапе развития медицины диагностика врожденных пороков сердца у детей должна быть антенатальной. Хотя многие пороки радикально лечатся хирургическим путем в первые дни жизни, а некоторые вовсе не требуют хирургического вмешательства, существует ряд ситуаций, когда ребенку предстоит серия жизнеспасаящих операций, вплоть до пересадки сердца. Каждая женщина с 14-й недели беременности должна проходить ультразвуковое обследование плода. Информативность этого метода зависит от квалификации врача, выполняющего исследование. Специалист обязан по соответствующим признакам заподозрить врожденный порок сердца и при малейшем сомнении, а также в случае принадлежности женщины к одной или нескольким группам риска направить ее в специализированное учреждение, где занимаются диагностикой

РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДПЕРСОНАЛА В ДОСТИЖЕНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ К ТЕРАПИИ

Гвоздева Ирина Михайловна, студентка, отделение Лечебное дело

Ярош Людмила Андреевна, преподаватель

ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной» филиал «Новокуйбышевский медицинский колледж»

г. Новокуйбышевск, Самарская область

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, болезни системы кровообращения и их осложнения являются основной причиной преждевременной смерти и ранней инвалидизации в большинстве экономически развитых стран мира. По данным эпидемиологических исследований, распространенность ГБ среди взрослого населения в развитых странах мира колеблется от 20 до 40% с резким возрастанием по мере старения. Несмотря на действия, предпринимаемые учеными, врачами, органами управления здравоохранением, ГБ остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем в мире.

Артериальные гипертензии являются одним из главных факторов риска развития цереброваскулярных и сердечно – сосудистых осложнений. Доля смертности от сердечно – сосудистых заболеваний в общей смертности составляет 53,5%, при этом 48% этой доли составляет ишемическая болезнь сердца и 35,2% – цереброваскулярные заболевания.

Одной из причин такого показателя является низкая приверженность больных артериальной гипертензией к лечению. Неприверженность, или несоблюдение пациентом рекомендаций по лечению, является важной проблемой, которая вносит вклад в снижение эффективности терапии заболеваний. Считается, что низкая приверженность является главной причиной уменьшения выраженности терапевтического эффекта, существенно повышает вероятность развития осложнений основного заболевания, ведет к снижению качества жизни больных и увеличению затрат на лечение. По оценкам специалистов, долгосрочная приверженность любому лечению, независимо от заболевания, низкая и не превышает 50%.

Приверженность пациентов к лечению является ключевым фактором успешности антигипертензивной терапии и позволяет существенно снизить риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

Проблема недостаточной приверженности терапии по данным ВОЗ является одной из самых актуальных проблем современной медицины и общества. Особенно

остро эта проблема проявляется при терапии хронических заболеваний, требующих длительного, часто пожизненного приема лекарственных препаратов и соблюдения целого ряда врачебных рекомендаций. Несмотря на достигнутые успехи медицины в области изучения этиологии, патогенеза, особенностей течения различных заболеваний, определения риска развития осложнений, выявлении наиболее эффективных и безопасных методов лечения, целей терапии, основные задачи в лечении и профилактике многих хронических болезней и их осложнений так и остаются недостижимыми в связи с низкой приверженностью пациентов назначаемой терапии, в том числе немедикаментозными методами (диета, режим, уровень физических нагрузок и т.д.).

В настоящее время идентифицировано порядка 250 факторов, так или иначе обуславливающих отношение больных к соблюдению режима терапии. В целом приверженность отражает сложное взаимодействие этих факторов, конфигурация сочетаний которых меняется в динамике заболевания и на отдаленных этапах может существенно отличаться от начальной. Условно все факторы, оказывающие влияние на приверженность, можно разделить на 5 групп:

1. факторы, связанные с пациентом;
2. факторы, связанные с врачом;
3. факторы, связанные с организацией системы здравоохранения;
4. факторы, связанные с заболеванием;
5. факторы, связанные с проводимой терапией.

Все методы улучшения приверженности можно подразделить на несколько групп:

1. Способы, связанные с пациентом:

- обучение пациентов;
- вовлечение пациента в процесс контролирования лечения (например, самоконтроль АД);
- поощрение поддержки со стороны семьи, друзей;
- стимуляция нелекарственного лечения (изменение образа жизни).

2. Способы, связанные с врачом:

- сознавать риск низкой приверженности при неэффективности назначенного лечения;
- четко определять цели лечения;
- разделить ответственность за прием препарата с самим пациентом;
- совместная работа с фармацевтами;
- адаптация лечения и поддержки приверженности нуждам пациента;
- сохранение контакта с пациентами, пропускающими визиты к врачу.

3. Способы, связанные с лечением:

- стимулировать использование лекарств;
- избегать сложных режимов дозирования;
- подбирать индивидуальные схемы приема препарата (предпочтительней утренний прием);
- назначать пролонгированные препараты с минимумом побочных эффектов;
- отдавать предпочтение комбинированному лечению перед монотерапией в высоких дозах, учитывать стоимость лечения.

4. Способы, связанные с организацией системы здравоохранения:

- организация удобной медицинской помощи пациентам;
- усовершенствование взаимодействия между работниками разных звеньев оказания помощи, в том числе между врачами и фармацевтами;
- повышение образования, квалификации работников здравоохранения, в том числе по вопросам приверженности лечению.

Моделирование деятельности среднего медработника по формированию приверженности пациента к терапии

Информирование пациента о заболевании и целях лечения:

- оценить понимание и принятие заболевания пациентом, его ожидания от длительного наблюдения и лечения;
- информировать пациента об основных показателях, характеризующих течение заболевания, обсудить имеющиеся сомнения и прояснить непонятные вопросы;
- согласовать с пациентом целевые уровни этих показателей (уровень артериального давления);
- информировать пациента о рекомендованных изменениях образа жизни, терапии и обеспечить его письменной информацией о назначениях;
- выявить проблемы, которые беспокоят пациента, предоставлять ему возможности выработать стратегию поведения для выполнения рекомендаций;
- подчеркнуть необходимость длительного лечения, несмотря на достижение целевых уровней показателей заболевания.

Совместно с врачом осуществлять подбор индивидуального режима терапии:

- вовлечь пациента в принятие решений;
- определить вместе с пациентом реальные краткосрочные цели в отношении изменения образа жизни и лечения;
- включить терапию в образ жизни пациента;
- обсудить с пациентом возможные побочные эффекты препаратов;
- поощрять самоконтроль;
- минимизировать стоимость терапии.

Закрепление достигнутого:

- обсуждать с пациентом показатели, характеризующие течение заболевания, во время каждого визита;
- на каждом визите контролировать соблюдение пациентом рекомендаций, предупреждать пациента об этом;
- поощрять поведение, направленное на достижение контроля течения болезни (уровень артериального давления, уровень липидов, и т.п.);
- убедиться, что пациент понял рекомендации в отношении режима терапии;
- использовать памятки, содержащие информацию по изменению образа жизни;
- напоминать пациенту о предстоящем визите по телефону, планировать более частые визиты для пациента;
- обеспечение социальной поддержки;
- при согласии пациента обучать членов семьи для обеспечения ежедневной поддержки в достижении контроля за заболеванием;
- организовать включение пациента в группы для улучшения взаимной поддержки и мотивации.

Многофакторность проблемы приверженности терапии, сложность надежного определения и несовершенство методов контроля комплаентности существенно осложняет, не уменьшая актуальности решение этой проблемы.

Главными камнями преткновения на пути достижения поставленной цели представляются недостаточная информированность как пациентов (о своем заболевании, возможных осложнениях, целях проводимой терапии, возможных побочных эффектах лекарственной терапии), так и медицинских работников (о данных клинических рекомендаций), а также низкая мотивация больных и их лечащих врачей и фельдшеров общей практики на достижение целей лечения.

Медицинские работники должны всегда обращать внимание на недостаточное расположение к лечению. Они могут его улучшить, подчеркивая значение соблюдения схемы лечения, назначая простую схему лечения и учитывая особенности образа жизни пациента. Прямой вопрос относительно способа приема лекарств позволяет выявлять плохое расположение к лечению.

Осведомленность пациентов является необходимым, но недостаточным условием, если не предпринимаются соответствующие действия. Цель - не просто информировать больных, а убедить их изменить образ жизни.

При использовании информационной печатной, аудио- и видео- продукции следует учитывать общий образовательный уровень пациентов, избегать необъективных материалов. Использование любых вспомогательных и технических средств не должно заменять личного общения с пациентом.

Пациент рассматривается как полноправный член команды. Необходимо

активно (например, по телефону или электронной почте) выяснить у пациента, выполняет ли он рекомендации. Для напоминаний о визите могут использоваться блок-схемы, автоматическая телефонная система оповещения.

Люди со временем забывают полученную информацию, или получили ее в то время, когда были невосприимчивы к обучению. Со временем у пациента развиваются осложнения или возникают другие заболевания, появляются новые методики лечения, больные приобретают опыт, что диктует необходимой в предоставлении новой информации и новых навыков.

На каждом отрезке времени полезно сконцентрироваться на нескольких, четко сформулированных задачах. Цели и задачи должны быть простыми, точными, практичными, достижимыми в течение ближайшего времени, оцениваемыми, принятыми и разделяемыми больным. Оценка должна делаться совместно с пациентом.

Совмещение поведения, связанного с приверженностью, с обыденными привычками человека - например, приурочивание приема лекарственного препарата ко времени чистки зубов или бритья, утреннему кофе не позволяет пропустить прием.

Использование особых упаковок препарата, например, ко-блистеринг, применение коробочек для таблеток с индивидуальными отделениями для каждого дня недели позволяет не только не забыть о времени приема лекарства, но и заметить, когда прием был пропущен.

Взаимоотношения среднего медицинского персонала и пациента, основанные на доверии, уважении и понимании, способствуют повышению приверженности, удовлетворенности пациентов и улучшению состояния здоровья.

Источники информации

1. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов. Под ред. А.Дж. Кэмма, Т.Ф. Люшера, П.В. Серриуса. Перевод с англ. / Под ред. Чл-корр. РАМН Е.В. Шляхто, ГЭОТАР-Медиа, 2011г. – 328 с.
2. Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (пересмотр 2012 г.)
3. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://vlanamed.com/gipertonicheskaya-bolezn>, свободный.
4. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://www.hypertonia.ru/risk.html>, свободный.
5. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://www.bibliofond.ru/view>, свободный.

БЕРЕГИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ДЕТСТВО!

*Григорьева Раиса Радиковна, преподаватель первой квалификационной категории
ГАПОУ РБ «Салаватский медицинский колледж»*

Практически для каждого родителя - рождение ребенка самое значимое и дорогое событие в жизни. Но как часто мамы и папы бывают не сдержаны, раздражаются, а самым распространенным методом воспитания становится крик и шлепки. Стихотворение Эдуарда Асадова – своеобразное напоминание родителям.

Берегите своих детей,
Их за шалости не ругайте.
Зло своих неудачных дней
Никогда на них не срывайте.
Не сердитесь на них всерьез,
Даже если они провинились,
Ничего нет дороже слез,
Что с ресничек родных скатились.

О здоровье сердца ребенка пора задумываться с самого раннего возраста сына или дочери, за несколько месяцев до его рождения. Самое лучше питание для младенца - молоко мамы, отсюда и такое слово в русском языке есть - «грудничок». Кормящая мама должна питаться сбалансировано, в достаточном объеме. Обязательным в рационе мамы должны стать продукты, содержащие кальций - основной микроэлемент, участвующий в работе сердца и формировании костной ткани. Обязателен прием витамина D ребенком как минимум до 1 года, при необходимости назначают и на более длительный период. У детей более старшего возраста в питании обязательно должны присутствовать белок (красное мясо, рыба, творог), продукты, богатые калием (сухофрукты, греча, бананы) и кальцием (молоко, сыр, рыба). Динамическое наблюдение педиатром и выполнение ЭКГ при проведении профилактического медицинского осмотра в декретированные возраста (в возрасте 1 год, в 6 лет перед поступлением в школу, в 10 лет при переходе к предметному обучению, в подростковом возрасте 15 и 17 лет) для контроля сердечного ритма помогут на ранних этапах выявить его возможные изменения.

Даже если у ребенка от рождения здоровое сердце, есть факторы, которые могут отрицательно сказаться на его состоянии. Очень часто к сердечнососудистым осложнениям, таким как миокардит или эндокардит и перикардит, приводят «банальные» ангины или другие инфекционные заболевания, вызываемые как бактериями (стрептококк, пневмококк, стафилококк и др.), так и вирусами. Чтобы не пропустить начало таких грозных осложнений нужно обращать внимание на жалобы ребенка на повышенную утомляемость, слабость, головокружение, одышку, боли в области сердца, которых ранее не отмечалось. Есть конкретные меры, которые помогут снизить риск возникновения подобных осложнений. В первую

очередь это профилактика – вакцинация, санация очагов хронической инфекции (тонзиллит, аденоидит, кариес зубов), общеукрепляющие упражнения, частые прогулки на свежем воздухе, соблюдение режима дня.

Сегодня многие дети уже с ранних лет посещают спортивные секции, сердце, как и любая другая мышца, нуждается в умеренных тренировках и не любит перегрузки. Нагрузки должны быть дозированными – не стоит записывать ребенка во все кружки сразу, достаточно 2-3 занятий в неделю по 40-60 минут. Слишком активные физические нагрузки могут приводить к формированию так называемого «спортивного» сердца, для которого характерна гипертрофия миокарда левого желудочка.

Заподозрить проблемы с сердцем, в том числе нарушение ритма сердца или врожденный порок сердца, у новорожденного ребенка вполне возможно, просто понаблюдав за малышом. Признаками проблем с сердцем у малыша могут быть отказ от еды или вялое, длительно сосание груди или смеси, низкая прибавка в весе, акроцианоз (посинение ладоней, стоп), цианоз носогубного треугольника, повышенная потливость (не связанная с перегреванием или интенсивным плачем), снижение количества и объема мочеиспусканий при прежнем объеме кормления. При наличии таких жалоб необходимо обратиться к педиатру или кардиологу. Подобные жалобы могут появиться не только в период новорожденности, очень часто они усиливаются после первого месяца жизни ребенка (перестройка гемодинамики, снижение сосудистого сопротивления легких). Более старшие дети могут жаловаться на боли в области сердца, чувство нехватки воздуха, «замирание или трепетание» за грудиной, обмороки, головокружения при смене положения тела.

Все дети с врожденным пороком сердца находятся на особом, «диспансерном», наблюдении у участкового педиатра, медицинские осмотры кардиологом проводятся по направлению педиатра ежегодно, частота осмотров зависит от особенностей топика и течения врожденного порока. Дети после операции наблюдаются врачом-кардиологом. Ребенок с врожденным пороком сердца должен быть осмотрен не только кардиологом, но и кардиохирургом для выбора совместной тактики ведения, решения вопроса о необходимости и сроках проведения оперативного лечения.

Сердце — жизненно важный орган человека. Оно обеспечивает кровью, питательными веществами и кислородом наш организм, сердце надо беречь с раннего детства. Делайте это всей семьей. Велосипедные поездки, прогулки, плавание, игры на свежем воздухе. Будьте позитивны. Старайтесь чаще испытывать положительные эмоции — включайте в вашу повседневную жизнь игры, устраивайте семейные вылазки на природу. Празднуйте успехи для того, чтобы

способствовать положительной самооценке.

Ограничьте время пребывания перед экраном телевизора. Чрезмерное время пребывания перед телевизором или монитором приводит к возникновению сидячего образа жизни с постоянными перекусами, что увеличивает риск тучности и сердечнососудистых заболеваний. Постарайтесь свести время, проводимое у телевизора или компьютера, к двум часам в день. Если ребенок занимается спортом, покажите его педиатру для того, чтобы исключить риск внезапной остановки сердца. Для хорошего здоровья взрослым и детям с 5 лет необходимо ежедневно 30 минут умеренной физической нагрузки и 3–4 раза в неделю по 30 минут интенсивной физической нагрузки. Примером умеренной физической активности являются ходьба быстрым шагом 3 км за 30 минут, езда на велосипеде 8 км за 30 минут, танцы в быстром темпе 30 минут, игра в баскетбол, волейбол 30 минут.

Ходите в продуктовые магазины вместе с детьми. Чаще читайте информацию на упаковках о содержании веществ в продуктах и сделайте это забавой для вашего сына или дочери. Главными продуктами на кухне должны быть цельнозерновая пшеница, крупы, обезжиренные молочные продукты, домашняя птица, рыба и орехи. Следите за потреблением соленого. Избегайте обработанных продуктов и держите солонку подальше от стола. Обратите внимание на то, сколько юные члены вашей семьи потребляют натрия. Дети должны иметь полноценный рацион, соответствующий физиологическим потребностям растущего организма. Содержание растительных жиров в питании должно составлять не менее 30% от общего количества жиров. Полезны свежие овощи, фрукты, соки, но следует ограничить употребление тонизирующих напитков, экстрактивных веществ и продуктов, содержащих легкоусвояемые углеводы. Из микроэлементов «любимы» сердцем – калий и магний (это сухофрукты, тыква, кабачки, баклажаны, банан), а «нелюбим» – натрий (соль). К сожалению, многие родители кормят детей неправильно. Мнение таких родителей – полный ребенок – здоровый ребенок – весьма далеко от истины. Рациональное питание, повышение физической активности и учет психологии полного ребенка – необходимые составные моменты нормализации его веса.

Болезни сердечнососудистой системы – это проблема всех развитых стран мира, в том числе и Республики Башкортостан. Болезни системы кровообращения сокращают продолжительность жизни человека, являются основной причиной инвалидности, а также внезапной смерти. Часто истоки этих заболеваний у взрослых находятся в детском и подростковом возрасте. Известные факторы риска ишемической болезни сердца – избыточная масса тела, пристрастие к курению, малая физическая активность – начинают формироваться именно в детском и подростковом возрасте.

Выросла доля сердечнососудистой патологии у детей. Вегето-сосудистая дистония, артериальная гипертензия, нарушения ритма сердца перестали быть редкостью в детском и подростковом возрасте. Поэтому профилактические меры следует принимать в раннем детстве.

Курение, употребление пива и алкоголя стало нормой жизни у подростков. В отказе от вредных привычек важен пример родителей. Часто помогает и разговор с подростком о том, что сейчас моден другой стиль жизни. Сейчас модно не курить, а вести здоровый образ жизни, заниматься спортом, фитнесом!

Если родителей беспокоят какие-то жалобы ребенка (боли в сердце, одышка при обычной физической нагрузке, утомляемость, слабость и др.), то следует обратиться к педиатру. Трудно переоценить значение правильной работы сердца ребёнка. Обязательно держите её под контролем!

Развитие, здоровье, да и сама жизнь ребёнка зависят от того, хорошо ли «созревает» его сердце, успевает ли оно окрепнуть, чтобы справиться с нагрузками в процессе бурного роста, способно ли «постоять за себя» перед возбудителями болезней. Недаром же из пяти показателей шкалы Апгар, по которой оценивают новорождённых после появления на свет, самый важный – частота сердцебиения (выше ста ударов в минуту – это два балла, ниже – один). Да и впоследствии при каждом осмотре врач обязательно послушает, как работает сердце ребёнка.

К моменту рождения сердечнососудистая система ребёнка полностью сформирована, но её развитие ещё не завершено. Находясь у мамы в животе, малыш получал богатую кислородом артериальную кровь через систему вен – пупочную, нижнюю полую, воротную. Отсюда она попадала в правую половину сердца, а поскольку прокачивать всю её через лёгкие не было нужды (ведь они ещё не работали), происходил сброс крови из правой половины сердца в левую и в аорту. Подобный способ кровообращения – норма для плода. А вот для уже появившегося на свет ребёнка – это тяжёлая патология, которая расценивается как врождённый порок сердца. Таких детей выявляют сразу же после рождения по шумам в сердце, одышке, бледности, синеве носогубного треугольника и другим признакам сердечной недостаточности. При необходимости ребёнка сразу оперируют, но если есть возможность, операцию откладывают, чтобы дать малышу подрасти и окрепнуть. В норме сразу после первого вдоха крохи, как только его лёгкие расправляются и наполняются кровью, обходные пути её сброса закрываются и постепенно заполняются соединительной тканью. Пупочные сосуды и боталлов проток полностью зарастают к 6–8 неделям (иногда – к 9–11 неделям), овальное окно исчезает примерно в 6 месяцев. С его незрелостью напрямую связывают возникновение синдрома внезапной младенческой смертности (СВСМ). Он почти не встречается в первую неделю жизни и после полугода, когда сердечнососудистая

система окрепла. Иногда у малышек возникают нарушения ритма работы сердца. Склонность к аритмии у ребёнка может передаваться по наследству. Также она способна развиться после тяжёлых родов, протекавших в условиях кислородного голодания плода. В группе риска находятся дети, родившиеся с обвитием пуповины, малым весом (ниже 2 кг), с низкой оценкой по шкале Апгар и те, кто тяжело болел в младенчестве. В этих случаях практически всегда страдает сердечная мышца. Энергетическим станциям её клеток не хватает биохимического «топлива». А чтобы сердце билось как часы, заложенные в нём нервные узлы должны вырабатывать электрические импульсы с определённой частотой. И когда напряжение в сотканной из нервов сети падает, возникают перебои с сигналом. Сначала у ребёнка возникают проявления вегетативно-сосудистой дистонии, подскакивает или снижается артериальное давление, начинает кружиться голова. Развивается состояние, когда явной болезни нет, а жалоб на плохое самочувствие много. Родители порой даже не подозревают, что у таких крох бывает аритмия, нарушения сердечного ритма и проводимости у детей раннего возраста протекают, как правило, бессимптомно и длительно, а выявляют их совершенно случайно. В группе риска по СВСМ – незрелые и недоношенные младенцы (весившие при рождении менее 2,5 кг), а также те, у которых уже были отмечены состояния, угрожающие жизни, например, внезапная остановка дыхания (апноэ), резкая бледность или синева кожи либо неожиданная слабость и вялость.

Ускорить созревание сердечнососудистой системы ребёнка, а также снизить вдвое риск синдрома внезапной младенческой смертности помогут простые правила.

- Не пеленайте кроху туго, не перетягивайте даже лентой конверт с ребёнком. Это может затруднить работу детского сердечка!
- Не укладывайте младенца спать на животе и левом боку. Это тяжело для сердца!
- Не курите ни в квартире, ни на прогулке с ребёнком. Даже если взрослый старается дымить в сторону, в детские лёгкие всё равно попадает достаточно яда, чтобы отравить сердечко и нанести вред сосудам.
- Не перекармливайте малыша, а также не позволяйте ему много плакать: и то и другое увеличивает нагрузку на сердечнососудистую систему.
- Мамино молоко – настоящий бальзам для детского сердца. Но если вы перевели кроху на смеси, выбирайте детское питание с карнитином, укрепляющим миокард.
- Берегите малыша от простуды: закаляйте его и гуляйте с ним подольше.
- Не забывайте включать в рацион младенца мясо по рекомендации педиатра. Сердце ребёнка удваивает вес к 8 месяцам, и растёт оно в основном за счёт утолщения мышечного слоя – миокарда. Чтобы обеспечить малыша всеми

необходимыми питательными веществами, своевременно вводите в прикорм мясо.

ИНФАРКТ МИОКАРДА: ФАКТОРЫ РИСКА И ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Ларионова Екатерина Евгеньевна, студентка 4-го курса отделения «Сестринское дело» филиал ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж» в г. Волжске

«Болезни сердца нехороши тем,
что первым симптомом часто бывает внезапная смерть»
Майкл Фелпс

Сердце – чрезвычайно важный для жизни орган, отказ которого приводит к немедленной смерти. Именно по этой причине заболевания сердца занимают первое место среди всех причин смертности людей. И самым грозным сердечным заболеванием является инфаркт миокарда.

Данная патология занимает одно из ведущих мест не только в Российской Федерации, но и во всём мире. По России статистика выглядит просто фантастически: из 100 тыс. россиян только от инфаркта миокарда у нас ежегодно умирают 330 мужчин и 154 женщины.

Прежде чем говорить о болезнях какого-то органа, целесообразно остановиться на том, что из себя этот орган представляет и как он функционирует.

Сердце – это полый мышечный орган, имеющий овальную или округлую, несколько вытянутую сверху вниз форму. Масса сердца составляет 250–350 г, у спортсменов она увеличена (400–450 г). Внешний размер сердца – примерно с кулак взрослого человека.

Инфаркт миокарда — неотложное клиническое состояние, обусловленное некрозом участка сердечной мышцы в результате нарушения ее кровоснабжения.

Инфаркт возникает в кровеносных сосудах, когда они сужаются при атеросклерозе, а в месте сужения образуется тромб, который закупоривает сосуды и перекрывает кислород сердечной мышце, от недостатка кислорода– она начинает отмирать.

Риск возникновения такого заболевания, как инфаркт, значительно повышают следующие факторы:

- Плохая наследственность, патологии сердечно-сосудистой системы у родных;
- Неправильное питание и малоподвижный образ жизни;
- Ожирение. Приводит к отложению бляшек на стенках сосудов;
- Вредные привычки: употребление алкоголя и курения приводят к спазму сосудов;
- Эндокринные нарушения:

больные сахарным диабетом более склонны к изменению сердечного кровообращения, что связано с отрицательным влиянием данного заболевания на сосуды;

- Наличие в анамнезе перенесенных инфарктов;
- Нарушения давления, проявляющиеся стойкой гипертензией;
- Постоянный стресс

Распознать инфаркт миокарда не сложно: боль, не зависящая от позы и положения тела, от движений и дыхания. Боль имеет давящий, душащий, жгущий или раздирающий характер с локализацией за грудиной, во всей передней грудной стенке с возможной иррадиацией в плечи, шею, руки, спину. Характерно сочетание с резкой общей слабостью, либо возбуждением, двигательным беспокойством.

Нередко отмечаются и такие симптомы, как холодный пот на лице и верхней губе; бледность, иногда неузнаваемое выражение лица; затруднительное дыхание, при котором хочется сесть или полежать; неожиданное нарушение кровообращения, нередко сопровождаемое обмороком; панический страх смерти.

Инфаркт может случиться во время сильной физической или эмоциональной нагрузки. Нередко он развивается безо всякой видимой причины, как бы на пустом месте. Возможно, даже во сне. Но самое «любимое» его время раннее утро - период длится от 4 до 6 недель.

Различают ранние и поздние осложнения:

- ранним осложнением считается тромбоэмболия, кардиогенный шок, разрыв сердечной мышцы, кардиогенный шок
- поздние осложнения — развиваются по истечении двух-трех недель от начала возникновения ИМ. Могут выражаться в тромбоэмболии, аневризме сердца, хронической сердечной недостаточности и постинфарктном синдроме.

В зависимости от степени поражения миокарда инфаркт разделяют на крупноочаговый, при котором некроз распространяется на всю толщину сердечной мышцы, и мелкоочаговый. Рубец на сердечной мышце остается на всю жизнь. Рассосаться он не может, и о перенесенном инфаркте сердце помнит всегда.

Прогноз исхода инфаркта зависит от распространенности поражения миокарда, тяжести его течения, возраста больного, развития у него осложнений. Но в любом случае на прогноз заболевания влияет своевременность начала лечения и адекватность проводимой терапии.

При подозрении на инфаркт сердца

- Срочно вызывают скорую помощь;
- До приезда медицинских работников нужно помочь больному принять полусидячее положение с согнутыми в коленях ногами, ослабить галстук, расстегнуть одежду, чтобы она не стягивала грудь и шею;

- Открыть форточку или окно для доступа свежего воздуха;
- Под язык положить таблетку аспирина и нитроглицерина. Если ангинозные боли не прошли от одной таблетки нитроглицерина, то его следует рассасывать через каждые 5 минут, но не больше 3 таблеток;

Основные цели первоочередных лечебных мероприятий:

- снятие болевого синдрома;
- ограничение некротической зоны;
- предотвращение осложнений

Профилактикой инфаркта миокарда является ежегодная диспансеризация и своевременная адекватная терапия хронических заболеваний, таких как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, атеросклероз и др.

Первичная профилактика

С целью профилактики, необходимо соблюдать следующие правила:

- Контролировать свою массу тела. Главная цель – не допустить ожирения.
- Соблюдение диеты.
Снижение потребляемых солей, а также уменьшение поступления жиров с пищей позволяет не только снизить риск ожирения, но и нормализовать артериальное давление.
- Ведение активного образа жизни. Адекватные физические нагрузки способствуют нормализации обменных процессов, снижению массы тела, а также общему укреплению организма. В случае если в анамнезе имеется инфаркт или другая сердечно-сосудистая патология, об объеме нагрузок следует проконсультироваться с лечащим врачом.
- Отказ от вредных привычек.
- Контроль холестерина.
- Контроль давления.
- Измерение уровня сахара.
- Проведение профилактических осмотров у специалиста.

Вторичная профилактика инфаркта миокарда необходима для людей, которые уже перенесли инфаркт, она нацелена на предотвращение повторных приступов. Осуществляется после реабилитационного курса. Применяются те же меры, что и при первичной профилактике, но с небольшими отступлениями. Вообще профилактика после инфаркта длится всю жизнь, но условно делится на два временных отрезка:

Первые 1,5-2 года. Происходит улучшение состояния миокарда, человек восстанавливается физически и психоэмоционально, приходит в норму коронарное кровообращение, метаболизм.

Второй период длится на протяжении всей жизни человека и включает в себя

профилактические мероприятия и контроль со стороны лечащего врача.

Таким образом, учитывая этиологию инфаркта миокарда, можно с уверенностью говорить о том, что профилактика играет большую роль. При соблюдении вышеуказанных рекомендаций риск развития заболевания, снижается в разы.

Вывод: инфаркт миокарда является одной из наиболее распространенных причин смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. Лечение больного, перенесшего инфаркт, преследует цель уменьшения риска возникновения осложнений. Большая часть летальных исходов развивается в первые сутки после инфаркта миокарда.

Интересный факт: существует заблуждение, что после инфаркта следует максимально снизить физическую активность. При инфаркте миокарда ограничение физической активности необходимо в первые часы и дни с момента возникновения инфаркта, что позволяет снизить нагрузки на пораженный миокард. Однако ранняя активизация больного в сочетании с лечебной физкультурой значительно облегчают реабилитацию и снижают риск возможных осложнений. Отсутствие нагрузки повышает риск повторного инфаркта.

Список использованной литературы:

1. Анатомия человека. В 2-х томах. Т.2/ Авт.: Э.И. Борзяк, В.Я.Бочаров, Межрегиональная научно-практическая конференция, посвященная международному Дню сердца 28 сентября, 2018 67 Л.И.Волкова и др.;/Под ред.М.Р.Сапина.-М.:Медицина, 2015.-480с ISBN:978-5- 970-43829-9
2. Сединкина, Р.Г. Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология": Учебное пособие / Р.Г. Сединкина, - ГЭОТАР-Медиа, 2010.- 272 с. – ISBN 978-5-9704-1438-5.
3. Школа здоровья. Факторы риска сердечно – сосудистых заболеваний: руководство для врачей / под ред. Р.Г.Оганова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 160 с. ISBN 978-5-9704-1179-7 2.
4. Проведение профилактических мероприятий : учеб.пособие / С.И.Двойников и др.; под ред. С.И.Двойникова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 448 с.: ил. ISBN 978-5-9704-3538-0 3.
5. Литература Об актуальных проблемах борьбы с сердечно - сосудистыми заболеваниями. Москва: Аналитический вестник 44. - 2015 год
6. Фадеев П. А. Инфаркт миокарда. – М.: Оникс, 2007. – 128 с.

Источники:

<https://zhizninauka.info/topics/25-samyh-vazhnyh-faktov-o-holesterine>

<https://attuale.ru/holesterin-norma-u-muzhchin-po-vozzrastu-tablitsa/>

<https://proflady.ru/lechenie-i-profilaktika/kak-snizit-kholesterin.html>

<http://5fan.ru/wievjob.php?id=87094>

<https://doctor-cardiologist.ru/profilaktika-gipertonicheskoy-bolezni>

МАРШРУТ ДОНОРСКОЙ КРОВИ – «ОТ ВЕНЫ ДО ВЕНЫ...»

Ларионова Ирина Александровна, преподаватель

Степанова Алена Александровна, студентка 2-го курса, группы Э-21

ГБПОУ РМЭ «Торгово-технологический колледж»

Йошкар-Ола, Республика Марий Эл

О необычных свойствах крови люди узнали очень давно. В древности кровь считали источником жизненной силы, и с её помощью искали исцеление от тяжелых недугов. Врач древней Греции Гиппократ давал больным пить кровь, полученную от здоровых людей. В Грузии в VI для остановки кровотечения прикладывали к ране теплую свернувшуюся кровь коровы. Первое переливание крови от животного человеку было произведено во Франции профессором Ж. Дени – кровь от ягненка была перелита душевнобольному юноше и улучшила его состояние. Первое в России переливание крови от человека человеку было произведено в 1832 году Петербургским акушером Вольфом, и это спасло жизнь женщины во время родов. Первое в мире совместимое по группе крови переливание было произведено профессором Шамовым в 1919 г. в г. Ленинграде.

Сегодня без переливания крови немыслим ни один раздел медицины: ни хирургия, ни терапия, ни акушерство, ни производство современных лекарственных препаратов. Часто без переливания крови – этой «живой воды» - ни мастерство врача, ни забота медсестер не могли бы спасти больного. В мире не создано ни одного лекарства, которое могло бы полностью заменить кровь и её компоненты. Потребность в ней постоянно растет. В настоящее время и в будущем судьбы многих людей по-прежнему будут зависеть от этого - пока незаменимого - живого лекарства, а, значит, от донора.

В марте 2019 года студентка 1-ого курса по специальности 38.02.05 «Товароведение и экспертиза качества потребительских товаров» Степанова Алёна Александровна участвовала в Фестивале студенческого творчества «Фестос – 2019» и подготовила проект на тему «Маршрут донорской крови – от вены до вены», руководитель проекта – преподаватель биологии и экологии Ларионова И.А. В ходе подготовки проекта автору было интересно узнать о видах донорства, о том, кто может стать донором, о противопоказаниях и пользе донорства. Главная цель проекта - проследить маршрут донорской крови - «от вены до вены» на станции переливания крови в г. Йошкар-Ола. В ходе своей учебно-исследовательской

деятельности решались следующие задачи: подбор, изучение и анализ литературы; анкетирование студентов с целью выявления их представлений о группах крови человека и донорах; информирование студентов о противопоказаниях к донорству и его влиянии на здоровье человека.

Для обоснования актуальности работы было проведено анкетирование среди студентов первого курса. Всего в анкетировании участвовал 131 студент колледжа. Оказалось, что 58% студентов не знают свою группу крови. На вопрос анкеты «Вы были когда-то донором?» 98% опрошенных ответили «Нет». Это нас конечно же удивило. Но что нас сильно порадовало, так это то, что 68% первокурсников хотели бы сдать кровь. На вопрос «Почему вы хотели бы сдать кровь?» студенты дали такие ответы: помочь спасти жизнь – 70 человек, ради интереса – 13 человек, для б человека – важно денежное поощрение. Из числа ответивших «нет» - 31 человек не интересуется данной проблемой. Таким образом, тема нашего исследования оказывается актуальной, ведь в мире не создано ни одного лекарства, которое могло бы полностью заменить кровь и её компоненты.

Итак, что ожидает студента-донора на республиканской станции переливания крови? В первую очередь донору необходимо сдать верхнюю одежду и обувь в гардероб, и в тапочках пройти в регистратуру для оформления необходимых документов.

2. После подписания согласия на сдачу крови у донора берут кровь из вены в клинической лаборатории на группу крови, резус-фактор, определяют уровень гемоглобина и другие показатели – это первичное обследование. Кровь в пробирках отправляется в две лаборатории: клинко-иммунологическую (на группу крови, резус-фактор, фенотип) и в лабораторию иммунологических исследований (на гепатит В, гепатит С, сифилис, ВИЧ-инфекцию.)

3. Осмотр у врача-трансфузиолога. Врач осматривает кожные покровы донора, взвешивает, измеряет температуру, давление, выявляет противопоказания к донорству. У донора должны быть все показатели в норме.

4. Перед донацией очень важное значение имеет и завтрак, поэтому горячий сладкий чай и печенье – необходимые источники энергии для организма донора и залог его хорошего самочувствия.

5. Донорский зал (операционная). При взятии крови используются специальные иглы с четырехгранной заточкой, поэтому сам укол почти не чувствуется. Ощущения при процедуре и после неё у каждого человека индивидуальны. Но для всех доноров общим является эмоциональный подъем, осознание важности выполненной миссии и чувство удовлетворения совершенным бескорыстным поступком.

6. После сдачи крови донору снова необходимо подойти в регистратуру для

получения справки на 2 оплаченных выходных дня и в кассу для получения денежной компенсации за питание.

Для того чтобы проследить весь маршрут донорской крови – «от вены до вены» на станции переливания крови мы встретились с заместителем главного врача ГБУ РМЭ «Республиканская станция переливания крови» Хабибуллиной Лилией Ильдусовной (имеется видеосюжет о встрече). Какой же маршрут донорской крови? Сначала кровь поступает в отделение фракционирования, где на специальных центрифугах она разделяется на компоненты: плазму и форменные элементы. Это занимает по времени в среднем 10 мин. Плазма поступает в кабинет заморозки плазмы. Заморозка плазмы происходит в специальных замораживателях при температуре -60°C , хранится плазма в промаркированном холодильнике «Плазма необследованная, выдаче не подлежит» при температуре -38°C до результатов анализов донора. Кровь донора, которая была взята в клинической лаборатории исследуется теперь в двух лабораториях: клинико-иммунологической на группу крови, резус-фактор, фенотип, и в лаборатории иммунологических исследований на гепатит В, гепатит С, сифилис, ВИЧ-инфекцию. Протоколы с результатами лабораторных исследований поступают в отдел паспортизации, где врач-трансфузиолог производит выбраковку компонентов крови по данным протоколов. Эритроцитная масса маркируется и выдается в отделение экспедиции запасов крови, а уже оттуда по заявкам в медицинские учреждения. Свежезамороженная плазма донора передается в отдел карантинизации, где она хранится в течение 6 месяцев в холодильной камере при температуре -38°C , -40°C и только после повторного обследования донора (его приглашают на станцию) определяется дальнейший путь плазмы. И здесь очень важным является следующее: если повторные анализы донора «хорошие», то плазма маркируется и передается в экспедицию запасов крови для выдачи в медицинские организации (по заявкам), а если же анализы «плохие», то есть положительные на маркёры гепатита В, гепатита С, сифилис, ВИЧ-инфекцию, то плазма донора изымается, списывается по журналу. Такую плазму автоклавируют и утилизируют как отходы класса Б – как класс эпидемиологически опасных отходов, к которым также относятся маски, перчатки, марлевые салфетки, системы после взятия крови, ватные шарики. Если донор по каким-то причинам не явился на повторное обследование, то его плазма отправляется на корпус фракционирования белков в г. Нижний Новгород для приготовления препарата альбумина. На республиканской станции переливания крови мы узнали также о том, что кроме эритроцитной массы готовят по заявкам медицинских учреждений и тромбоцитный концентрат в специальном тромбомиксере с помешивателем. Фильтрованный тромбоконцентрат хранится 5 суток при температуре $+20$ $+24^{\circ}\text{C}$.

За время пребывания на станции мы прошли только часть маршрута донорской крови. Какой же это долгий, последовательный маршрут, полный серьезных медицинских проверок, многочисленных лабораторных исследований. А коротким маршрут донорской крови быть не может, как мы ранее считали – наша гипотеза о том, что донорскую кровь сразу же переливают больному – не подтвердилась. А иначе быть не может, только здоровый человек может спасти чью-то жизнь, подарить здоровье, радость, счастье, и если в его жилах течет кровь, соответствующая всем медицинским показателям, то она как «живая вода» спасает больного.

Студент первого курса Торгово-технологического колледжа Пуртиков Андрей Николаевич из группы Пк-12 участвовал в донации (сдаче крови) на республиканской станции переливания крови. В видеосюжете показан весь маршрут донора и маршрут донорской крови.

Учебно-исследовательская работа была использована на уроках биологии, а также в подготовке и проведении внеклассных мероприятий, классных часов, родительских собраний. Студентами–первокурсниками были разработаны информационные буклеты «Как стать донором?», «Республиканская станция переливания крови», «Противопоказания к донорству», «Правила подготовки к сдаче крови» и выпущена стенгазета к 7 апреля – Всемирному дню здоровья. На классных часах проанализировали статью «Мы с тобой одной крови!» из рубрики «Наш человек» республиканского рекламного-информационного еженедельника «Ваш новый день», № 16(969) от 20.04.2019 и провели викторину о донорстве. Студенты первого курса побывали на обзорной экскурсии в биохимическом и иммунологическом отделах республиканской станции переливания крови, наблюдали за маршрутом донора и маршрутом донорской крови и узнали о том, что донорство позволяет гражданину РФ пройти бесплатное обследование на выявление таких инфекций, как гепатит, сифилис, ВИЧ-инфекция, а влияние донорства на здоровье – полезное: происходит самообновление организма, профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы, печени, адаптация к кровопотерям. Маршрут донорской крови долгий и сложный, полный серьезных медицинских проверок, многочисленных лабораторных исследований.

Список использованных источников:

1. Воробьев, А.А., Кривошеин, Ю.С., Широбоков В.П. - Медицинская и санитарная микробиология. - Учебное пособие; 2016
2. Служба крови. Государственная программа развития добровольного донорства: больше доноров – больше жизни.

ПРОФИЛАКТИКА ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Ляпустина Юлия Владимировна, студент, специальность «Сестринское дело»

Гурьев Павел Алексеевич, преподаватель

КОГПОБУ «Кировский медицинский колледж»

«Оценка основных факторов риска артериальной гипертензии»

Актуальность выбранной для исследования темы заключается в том, что повышенное артериальное давление занимает первое место среди причин смертности во всем мире – более 7 млн. человек в год. Российская Федерация относится к странам с наивысшей распространенностью артериальной гипертензии (далее – АГ) и занимает третье место по заболеваемости гипертензией. В российской популяции распространенность АГ среди мужчин несколько выше, в некоторых регионах она достигает 47%, тогда как среди женщин распространенность АГ – около 40%.

В развитии болезни и ее осложнений значимую роль играют такие факторы риска, как наследственность, избыточный вес или ожирение, низкая физическая активность, курение пассивное или активное, употребление алкоголя, выявление которых и борьба с ними составляют основу профилактических мероприятий.

Целью работы является изучение, описание и оценка факторов риска артериальной гипертензии. Для достижения данной цели были составлены задачи:

- изучить литературу по теме;
- описать основные факторы риска артериальной гипертензии;
- разработать практические рекомендации для пациентов с артериальной гипертензией.

Объект исследования: артериальная гипертензия.

Предмет исследования: профилактика основных факторов риска артериальной гипертензии.

После изучения теоретического материала можно сделать вывод о том, что знание этиологии и факторов риска, способствующих возникновению артериальной гипертензии, а также их профилактика позволяет предупредить развитие заболевания и обострение уже имеющегося процесса.

Чтобы оценить факторы риска артериальной гипертензии пациентов молодого возраста, было проведено анкетирование знакомых и родственников. Была отобрана группа людей в количестве 10 человек в возрасте от 20 до 35 лет. Из них: 5 человек (50%) – мужчины, 5 человек (50%) – женщины.

На вопрос о наследственности мы выявили, что 70% - имеют отягощённую наследственность, а 30% - не имеют отягощённой наследственности.

На вопрос о табакокурении, установлено, что 30% являются курильщиками,

70% из опрашиваемых не являются.

На вопрос о занятиях физической культурой, 60% опрашиваемых ответили, что занимаются ежедневно, а 40% не занимаются.

На вопрос об избыточном весе и ожирении большинство респондентов ответили «да», и это составило - 70% . И только 30% не имеют избыточного веса и ожирения.

На вопрос об употреблении спиртных напитков большинство ответили, что употребляют алкоголь и составило это 70%. И только 30% не принимают спиртные напитки.

На вопрос о стрессе большинство ответили, что испытывают стресс часто и составило это 70%. И только 30% не испытывают стресса

На вопрос «Страдаете ли вы повышенным артериальным давлением?» 50% респондентов ответили «да», значит, повышенное давление является одним из главных причин в развитии артериальной гипертензии.

После проведения практической части выявлено, что чаще встречающиеся факторы риска артериальной гипертензии относятся: наследственность (70%), ожирение и ИМТ (70%), потребление алкоголя (70%) и стресс (70%). Из всех факторов риска модифицировать можно: ожирение и ИМТ, употребление алкоголя и стресс. А не к часто встречающимся факторами риска относятся: гиподинамия (40%) и курение (30%).

Исходя, из этого были разработаны памятки по профилактике ожирения, влиянию алкоголя и курения на организм человека и по повышенному уровню артериального давления. Данный материал был доведен до сведения респондентов.

Также, данный материал можно использовать при профилактическом консультировании пациентов с артериальной гипертензией в школах здоровья, в отделениях (кабинетах) профилактики, а также на занятиях по профилактической медицине у студентов колледжа.

Таким образом поставленная нами цель и задачи были достигнуты.

Список литературы:

1. Артериальная гипертензия: руководство/под ред. Р. Г. Оганова; ВНОК, Гос. НИЦ - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 192
2. Артериальная гипертензия П. Х. Джанашия, Н. Г. Потешкина, Г. Б. Селиванова. - М.: Миклош, 2007. – С. 168
3. Кардиология. Национальное руководство: краткое издание / под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – С. 848
4. Приказ Минздрава РФ от 24.01.2003 № 4 "О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертензией в

Российской Федерации"

Электронные источники:

<https://www.bibliofond.ru>

<https://gipertonia.guru/gipertonicheskiy-kriz/algorithm-dejstvij-medsestry>

https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/arterialnaya-gipertoniya-u-vzroslykh_13866

<https://studfiles.net/preview/3884452>

https://minzdrav.med04.ru/Clinical_recommendations/Артериальная%20гипертензия.pdf

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПО РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ФЕЛЬДШЕРОМ СРЕДНЕЙ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ

*Макматова Н.Б., преподаватель
ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»
Йошкар-Ола, Республика Марий Эл*

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются ведущей причиной смертности во всем мире, они ответственны ежегодно за 17,3 млн. смертей – 31,5% всех смертей населения планеты и 45% всех смертей от неинфекционных заболеваний.

В Европе от ССЗ ежегодно умирает более 4 млн. человек, из них 1,4 млн. в возрасте до 75 лет, – это 45% всех смертей (40% среди мужчин и 49% среди женщин).

В то же время в целом ряде развитых европейских стран произошло существенное снижение смертности от ССЗ, и они потеряли свои лидирующие позиции среди причин смертности: по последним данным в 12 странах Западной Европы мужчины чаще умирают от онкологических заболеваний, чем от ССЗ. В Российской Федерации ССЗ остаются ведущей причиной смертности населения на протяжении многих десятилетий.

Глобальные расходы, связанные с ССЗ, составляют ежегодно 863 млрд. долларов

Эксперты прогнозируют дальнейший рост социально - экономического бремени ССЗ вследствие продолжающейся урбанизации, увеличения продолжительности жизни и старения населения.

В ряде зарубежных стран принимаются широкомасштабные меры по борьбе с факторами риска ССС, приводящие к значительному снижению смертности от этой группы заболеваний. Исследования показывают, что у взрослого населения добиться контроля над факторами риска возможно лишь в 25% случаев, так как в этом возрасте уже очень трудно изменить стиль жизни человека и повысить

приверженность постоянному приему лекарств. Поэтому наиболее перспективным является ранняя профилактика в детском и подростковом возрасте, когда еще отсутствуют факторы риска или только идет их формирование, а проявления их носят нестойкий, непостоянный характер, а главное - не сложился неправильный стереотип поведения.

Выявление факторов риска должно проводиться широким кругом работников образовательного учреждения, но именно фельдшер школы – это специалист с медицинским образованием, непосредственно связанный с организацией безопасной и здоровой среды для обучающихся. Следовательно, первичная профилактика может быть успешно обеспечена лишь при совместной работе фельдшера с учителями.

Студентами специальности «Лечебное дело» Йошкар-Олинского медицинского колледжа была проведена исследовательская работа, целью которой стало определение направлений профилактической работы фельдшера школы для снижения влияния факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди подростков.

Перед началом исследований была изучена нормативная, научная и статистическая информация об уровне заболевания ССЗ в мире и Российской Федерации; было выяснено влияние факторов риска на развитие заболеваний, наблюдаемых в подростковом возрасте.

Исследования, положенные в основу практической части ВКР проводились на базе 2-х городских школ (СОШ № 2 и СОШ № 3).

Для достижения поставленной цели и решаемых в связи с ней задач мы разработали программу сбора материала в соответствии с направлениями работы фельдшера, которая включает 5 основных разделов, приведенных на экране, а именно:

1. Оценка физической активности (изучение медицинских карт, с целью определения состояния здоровья обучающихся по принадлежности к группе здоровья).
2. Оценка наличия вредной привычки – курения, как фактора риска ССЗ (мониторинг результатов анкетирования).
3. Оценка организации питания в школах, анализ рациона питания, выявление факторов, влияющих на количество обучающихся, получающих горячее питание (мониторинг результатов анкетирования).
4. Оценка индекса массы тела для определения наличия ожирения и дислексии (анализ медицинских карт для определения массы тела и роста, вычисление ИМТ у детей).
5. Мониторинг артериального давления у обучающихся с целью организации

индивидуальной работы с группой риска.

Изучение состояния здоровья обучающихся проводилось путем ретроспективного анализа и позволило сделать вывод, что всего лишь 19,4% учащихся – практически здоровые дети. Это учащиеся, относящиеся к первой медицинской группе. Остальные 80,6% учащиеся, относящиеся ко второй, третьей и четвертой медицинской группе, имеют те или иные отклонения в состоянии здоровья.

Результаты физической подготовленности оценены с помощью тестов оказались неутешительные (всего 3,9% имеют высокий уровень физической подготовленности). Анкетирование, проведенное с целью оценки физической активности, показывает недостаточный интерес к занятию активными видами спорта и физкультуры, видимо, необходимо искать новые направления повышения физической активности(танцы, кружки, секции).

Оценка организации питания в столовой школы и предлагаемого рациона соответствует санитарным нормам и правилам, но тем не менее наблюдается наличие обучающихся с недостаточной массой тела, что может быть связано с модой на худую фигуру, фельдшер должен работать с такими учениками и говорить об опасности возникновения анорексии.

Настораживает, что количество обучающихся с избыточной массой тела в СОШ №3 составляет – 3, что составляет – 15,8%, в СОШ №2 количество – 2, составляет – 8,3% и тенденция увеличения массы тела наблюдается уже с 7 класса.

Включая оценку массы тела в наше исследование, мы исходили из того что, наличие ожирения в подростковом возрасте – это одна из самых сложных мировых проблем со здоровьем. У обучающихся с избыточной массой тела тенденция к превышению нормального индекса массы тела наблюдается уже в 10 лет, поэтому фельдшер должен проводить раннюю профилактическую работу как с детьми, так и с их родителями, так как привычка к рациональному питанию закладывается в семье. Необходимо организовывать индивидуальную работу с такими учениками из-за возможности психологической травмы при работе в группе.

Артериальное давление у школьников в основном в норме, наблюдаются отдельные случаи высокого нормального АД. По данным фельдшера школы № 2 двум старшеклассникам (10 и 11 классы) поставлен диагноз «Артериальная гипертензия», они состоят на «Д»-учете и требуют пристального внимания, в том числе и со стороны фельдшера школы.

Для апробации методов работы фельдшера школы мы в течение года провели занятия с учениками 11 классов. Ученикам понравились занятия проходящие в виде диалога, так как все внимательно слушали и активно отвечали, задавали интересующие их вопросы.

Анкетирование, проведенное по итогам занятий, показало некоторые изменения отношений школьников к своему здоровью.

В процессе анкетирования мы выявили интересы учащихся к волонтерской работе и считаем, что организовывать деятельность школьников необходимо уже в средних классах и возглавить эту работу могут волонтеры медицинского колледжа, обладающие достаточными знаниями и опытом в этом направлении.

Наши исследования показали, что необходимо несколько скорректировать деятельность фельдшера по первичной профилактике.

1. Вовремя осматривать школьников и заносить данные в карту, и, если есть отклонения в здоровье, принять меры по оздоровлению школьников.
2. Стимулировать администрацию школы на открытие дополнительных кружков и секций, на организацию летних походов, различных флешмобов, то есть, побуждать к тем занятиям, которые основаны на достаточной физической активности и в то же время интересной данной возрастной группе детей.
3. Вместе с родителями и администрацией школы стараться предотвратить начало курения, а для курящих подростков - контролировать успешность прекращения курения. Если первые попытки такого рода безуспешны, то фельдшеру необходимо вместе с ребенком проанализировать причины неудачи и поощрить новые попытки отказа от курения.
4. Организовывать дискуссионные клубы с обсуждением проблем здоровья, интересующих как школьников, их родителей, так и педагогов образовательных учреждений.
5. Участвовать в социальных группах, популярных среди молодежи;
6. Принимать участие в работе летних лагерей, организовывая на их базе школы здоровья профилактической направленности.
7. Привлекать к работе с обучающимися волонтеров, желающих участвовать в воспитании в правильной жизненной позиции по отношению к своему здоровью.

Итак, ранняя профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, осуществляемая фельдшером школы, играет важную роль в сохранении здоровья обучающихся.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУММАРНОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Абросимов Иван Андреевич, студент
Калугина Марина Вячеславовна, студентка
Окунская Татьяна Витальевна, преподаватель
Кириченко Ирина Ярославна, преподаватель
ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж»
г. Курск

Официальная статистика заболеваемости и смертности от хронических неинфекционных заболеваний свидетельствует о продолжающемся лидерстве сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений в этом аспекте. По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, сердечно-сосудистые заболевания приводят к большинству случаев смерти от НИЗ — ежегодно от них умирает 17,5 миллионов человек.

По свидетельствам практикующих специалистов, очень часто население не знает или не придает достаточного значения выявлению и профилактике факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Однако методы профилактики НИЗ зарекомендовали себя как весьма эффективные в выявлении как заболеваний на ранней стадии, так и формировании групп риска и проведении профилактической работы со здоровым контингентом и при реабилитации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Мы согласны с мнением специалистов о том, что «большие», или основные управляемые факторы риска (повышенные уровни артериального давления и холестерина и глюкозы крови, курение и злоупотребление алкоголем, гиподинамия, хронический стресс, избыточная масса тела, ожирение и инсулиннезависимый диабет), приводящие к тяжелым хроническим заболеваниям сердечно-сосудистой системы и впоследствии к сердечно-сосудистым катастрофам определяются как отрицательные поведенческие факторы, их пагубное влияние на организм человека можно и нужно предупредить.

Одним из действенных аспектов профилактической деятельности фельдшера с прикрепленным населением по предупреждению сердечно-сосудистых заболеваний и их смертельно опасных осложнений — инфаркта миокарда и инсульта, является определение и последующий анализ суммарного сердечно-сосудистого риска. Это важно прежде всего потому, что человек, зная свой уровень такого риска, должен иметь возможность, изменяя свой образ жизни, уменьшить или устранить негативное влияние вредных для сердца, сосудов и организма в целом факторов, тем самым сохраняя и укрепляя свое здоровье, продлевая себе жизнь.

Мы уверены, что знание наиболее неблагоприятных для сердечно-сосудистой

и других систем организма факторов риска и суммарного сердечно-сосудистого риска формирует у населения правильное отношение к своему здоровью, стремление изменить привычный образ жизни на здоровый (или оздоравливающий). Поэтому выявление фельдшером среди прикрепленного населения факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в решающей степени должно определять как дебют НИЗ, так и прогноз для дальнейшей жизни пациентов, имеющих данные факторы. Это определило цель и задачи проводимого нами исследования.

В своем исследовании мы ставили целью показать значимость определения суммарного сердечно-сосудистого риска для последующей работы фельдшера с данными пациентами по снижению уровней факторов этого риска за счет профилактических и лечебных мероприятий.

Объектом исследования послужили пациенты в возрасте старше 40 лет, проходящие диспансеризацию, предметом исследования — факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний.

В практической части исследования нами было проведено анкетирование 100 пациентов, проходивших диспансеризацию в поликлинике Курского района Курской области. Вопросы анкеты касались выявления основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

По результатам анкетирования нами был определен медико-социальный статус респондентов: это женщины (52%) в возрасте от 45 до 60 лет (70%), безработные (30%) и пенсионеры (40%), проживающие в удовлетворительных условиях (54%), имеющие низкую материальную обеспеченность (70%).

Анализ ответов опрошенных пациентов на вопросы о условиях своей профессиональной деятельности показал, что большинство опрошенных испытывают физические перегрузки (60%), частые стрессы (64%), другие вредные воздействия (72%).

Ответили, что не следят за своим весом 86% пациентов, а рациональным (полноценным, сбалансированным) свое питание считают лишь 16% респондентов, 28% из опрошенных затруднились с ответом (предположительно, из-за незнания принципов и сущности рационального питания, его особенностей у лиц с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний).

Отрицательные ответы в 86% случаев мы получили на вопрос о назначении или соблюдении респондентами какой-либо лечебной диеты.

Выясняя положение с вредными привычками, было установлено, что курят 44% опрошенных пациентов, курили в прошлом (но не курят в настоящий момент) 16%, из них стаж курильщика более 10 лет отметили 54%, от 5 до 10 лет — 36%, до 5 лет — 10%. Употребляют крепкий алкоголь чаще 1 раза в месяц 40% опрошенных,

чаще 1 раза в неделю — 28%.

Недостаточную физическую активность отметили в своих ответах 32% опрошенных, причем все они причиной этого указали привычный образ жизни или отсутствие свободного времени.

Имеют повышенное АД (более 140/90 мм рт. ст.) 36% респондентов, однако знают цифры своего «рабочего» АД лишь 20% опрошенных, причем о правилах измерения АД в домашних условиях знают только 42% пациентов, они же имеют дома портативный аппарат для измерения АД. Указали, что имеют близких родственников, страдающих повышенным АД (артериальной гипертензией), 42% респондентов.

Только 34% опрошенных пациентов отметили, что ежегодно проходят исследование уровня глюкозы крови и общего холестерина в рамках прохождения периодических осмотров работающего населения, но многие из них (68%) не указали, что знают результаты данных исследований.

Состоят на учете по поводу ишемической болезни сердца 28% опрошенных пациентов, по поводу других НИЗ – 64%.

На заключительном этапе настоящего исследования нами произведен расчет суммарного сердечно-сосудистого риска смерти от сердечно-сосудистых осложнений для респондентов, участвовавших в анкетировании. Для этого мы использовали данные о возрасте, поле, уровне АД, холестерина крови и факта курения каждого из опрошенных пациентов, полученные при прохождении I этапа диспансеризации. Оценка степени риска в процентах и интерпретация результатов проводилась по шкале SCORE.

Анализ полученных данных показал, что 48% пациентов имеют высокий уровень суммарного сердечно-сосудистого риска, 34% — очень высокий, что в сумме составляет 82% и свидетельствует о необходимости проведения с данной категорией пациентов углубленного профилактического консультирования и дальнейшей работы по уровням профилактики. 14% респондентов имеют средний (умеренно повышенный) уровень суммарного сердечно-сосудистого риска, наименьшую долю (4%) составили пациенты с низким уровнем суммарного сердечно-сосудистого риска.

Вывод: большинство обследованных респондентов (82%) имеют очень высокий или высокий уровень суммарного сердечно-сосудистого риска, свидетельствующий о низкой приверженности опрошенных здоровому образу жизни. Считаем, что с данным контингентом пациентов необходимо усилить консультативную профилактическую работу.

ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В «ШКОЛЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ» КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Пахомова Лилия Валентиновна, преподаватель высшей категории
Андреева Ольга Васильевна, преподаватель высшей категории
ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж»*

Всемирный день сердца впервые был организован в 1999 году по инициативе Всемирной федерации сердца при поддержке ВОЗ, ЮНЕСКО и других значимых организаций. Целью введения новой даты было повышение осознания опасности в обществе, которая вызвана эпидемией сердечно – сосудистых заболеваний и инициирование масштабных профилактических мероприятий в отношении этих заболеваний.

Студенты Курского базового медицинского колледжа под руководством преподавателей на протяжении 6 лет принимают активное участие в проведении мероприятий под лозунгом «Сердце для жизни». На базе городских поликлиниках студенты измеряют артериальное давление (АД) пациентам, обучают их правильному самостоятельному измерению, оказанию самопомощи при повышении АД, готовят конференции для пациентов и среднего медицинского персонала по профилактике сердечно – сосудистых заболеваний, проводят анкетирование по выявлению факторов риска. При обработке результатов одного анкетирования был выявлен низкий уровень информированности пациентов о профилактике сердечно - сосудистых заболеваний, вследствие чего появилась идея организовать школу здоровья для пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

В России, как и во всем мире, АГ остаётся одной из самых распространенных и социально значимых проблем: повышенное артериальное давление имеют 39% мужчин и 41% женщин, а у лиц старше 60 лет – более 50%. Вклад АГ в смертность составляет для ишемической болезни сердца 40%, для мозгового инсульта 80%. Пугающие статистические данные позволяют говорить об АГ как «молчаливом убийце», так как длительное время она протекает бессимптомно.

Почему так складывается ситуация? Ответ прост – недостаточная информированность населения, низкий культурный и образовательный статус, нежелание следить за собой, позднее обращение за помощью, безграмотное нерегулярное лечение или самолечение. Даже в странах с высоким уровнем развития здравоохранения только каждый пятый контролирует свое артериальное давление, а в России – каждый 20 мужчина и каждая 10 женщина. Эти моменты отражают печальную картину сегодняшней ситуации.

Без активного выявления АГ и убеждения пациентов в необходимости лечения и постоянного самоконтроля ничего не изменится. В настоящее время все большую

популярность завоевывает профилактический подход к проблеме АГ, при котором максимальное внимание уделяется уменьшению модифицируемых факторов риска.

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) официально признала обучение пациентов полноправным методом лечения хронических заболеваний, по значимости равным медикаментозному и хирургическому. Был введен термин «терапевтическое обучение пациентов». Основное его положение - предоставление пациенту возможности овладеть умениями, позволяющими оптимально улучшить качество жизни.

Согласно рекомендациям ВОЗ, в России много лет работают «Школы здоровья», где обучаются пациенты с социально – значимыми заболеваниями.

Студентами «Курского базового медицинского колледжа» в рамках социального партнёрства с Курской областной клинической больницей была проведена работа в «Школе здоровья» для пациентов с артериальной гипертензией на базе кардиологического отделения.

Целью работы было повышение информированности пациентов с АГ о заболевании и факторах риска, формирование умений и навыков по самоконтролю за уровнем АД, по снижению неблагоприятного влияния поведенческих факторов риска (организация лечебного питания, ликвидация гиподинамии, управление стрессом, отказ от вредных привычек), по оказанию доврачебной помощи при кризах.

Методологической основой обучения в Школах являются структурированные программы с четкой регламентацией объема и определенной последовательности изложения материала, утвержденные Министерством здравоохранения. Для каждого раздела под руководством преподавателей были сформулированы учебные цели, создан необходимый набор дидактических материалов, освоены педагогические приемы, используемые в андрагогике для формирования у взрослых пациентов необходимых навыков.

После создания все дидактические материалы были рецензированы врачами – специалистами.

Перед началом нашей работы было проведено анонимное анкетирование пациентов кардиологического отделения, в котором принимали участие 60 пациентов, из них 36 женщин и 24 мужчины. Выявлены низкий уровень информированности пациентов о факторах риска, избыточное потребление жиров и углеводов, нерегулярный прием лекарств, незнание приемов самопомощи при гипертоническом кризе.

Занятия проводились в форме интерактивных бесед, практических занятий с использованием мультимедийных презентаций и памяток для пациентов, направленных не только на информирование пациентов, но и содержащих

алгоритмы практических навыков по измерению артериального давления, определению индекса массы тела, умению рассчитать суточные энерготраты и энергетическую ценность пищевого рациона, индивидуальную тренирующую частоту сердечных сокращений, способам релаксации и управления стрессом. Занятия проводились в кабинетах, оснащенных необходимым оборудованием, компьютером, наглядными пособиями.

После обучения проводился контроль знаний пациентов по специально разработанной анкете, включающей вопросы о заболевании в целом, его симптомах, осложнениях, факторах риска развития АГ и других сердечно-сосудистых заболеваний, о методах лечения. Ответы оценивали по системе баллов, и суммарное количество баллов служило индексом информированности больных о своем заболевании. Большинство наших пациентов освоили предлагаемые им знания и умения.

Анализ результатов работы "Школы пациента" продемонстрировал ее высокую эффективность в повышении уровня знаний и умений пациентов, что сопровождалось увеличением доли больных, получающих регулярную антигипертензивную терапию и производящих самоконтроль АД. В то же время цикловая система обучения не создает у пациентов устойчивой мотивации на соблюдение рекомендаций по коррекции избыточной массы тела и отказу от курения.

Отзывы пациентов показали, что занятия в Школе полностью оправдали их ожидания, приятной неожиданностью явились конкретные знания, призванные помочь не просто задуматься, но и практически начать претворять в жизнь необходимые рекомендации по немедикаментозному и медикаментозному лечению.

Работая в Школе здоровья, мы пришли к следующим выводам:

1. Школа здоровья – высокотехнологичный и эффективный метод профилактики и лечения АГ.
2. Большинство пациентов осознали необходимость постоянного контроля АГ и регулярного приема лекарств.
3. Не удалось создать устойчивую мотивацию пациентов на коррекцию избыточной массы тела и отказа от курения.

Предложения:

Для формирования устойчивой мотивации отказа от вредных привычек и перехода на рациональное питание организовать для пациентов индивидуальные занятия.

Литература

1. 2018 ЕОК/ЕОАГ Рекомендации по лечению больных с артериальной

гипертензией Электронный ресурс] / URL:

<http://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/hypertesc.pdf> (дата обращения: 14.10.2019)

2. Жалондз М. Я.. Новый взгляд на гипертонию: причины и лечение [Текст] / М. Я. Жалондз – М.: Питер, 2011. – ISBN 978 – 5 – 49807 – 8823
3. Рубин Алан Л. Гипертония для чайников [Текст] / Алан Л. Рубин – М., «Диалектика» 2007. – ISBN 0 – 7645 – 5424 – 7

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Разина Полина Сергеевна, студентка специальности «Лечебное дело»

Карабалинова Виктория Ростиславовна, преподаватель

КОГПОБУ «Кировский медицинский колледж»

г. Киров, Кировская область

Среди причин сердечно-сосудистой смертности на первом месте стоит ишемическая болезнь сердца (ИБС). Показатель смертности населения России от болезней системы кровообращения за 2018 год составил 573,6 на 100 тыс. человек. В первичной профилактике важное значение придается выявлению факторов риска ИБС.

Всемирная организация здравоохранения заявляет, что 80% случаев преждевременной смерти от сердечно-сосудистых заболеваний можно было бы избежать, устранив основные факторы риска. Факторы риска – это условия, при которых вероятность наступления болезни становится выше. У лиц, не имеющих факторов риска, заболевание встречается во много раз реже, а наличие факторов риска увеличивает вероятность ИБС. Выявить их проще и дешевле, чем впоследствии диагностировать и лечить уже развившиеся заболевание – они могут быть обнаружены задолго до того, как появятся первые признаки болезни. Факторы риска ИБС делятся на немодифицируемые (неизменяемые) и модифицируемые (изменяемые).

К немодифицируемым факторам риска относят: возраст, мужской пол, отягощенную наследственность. Модифицируемые: курение, низкая физическая активность, нерациональное питание, избыточная масса тела, ожирение, гиперхолестеринемия, повышенный уровень артериального давления, гипергликемия. Нет сомнений, что своевременное выявление и коррекция модифицируемых факторов риска может значительно снизить риск возникновения ИБС, увеличить продолжительность и улучшить качество жизни.

Объект исследования – факторы риска ишемической болезни сердца.

Предмет исследования - выявление факторов риска ишемической болезни сердца среди взрослого населения.

Цель исследования - выявление факторов риска ишемической болезни сердца и составление рекомендаций по результатам исследования.

Задачи исследования:

1. Изучить и проанализировать научную литературу по теме исследования.
2. Провести анкетирование для выявления факторов риска ИБС у респондентов.
3. Измерить рост, вес, окружность талии, вычислить ИМТ, измерить АД, определить экспресс методом уровень общего холестерина и глюкозы крови у респондентов.
4. Составить рекомендации по результатам исследования.

В ходе исследования проведено анкетирование, оценены антропометрические и лабораторные показатели 40 человек, не имеющих в анамнезе ИБС. Возраст от 18 до 45 лет. Из них 60% мужчин и 40% женщин. При анализе данных выявлено: нерациональное питание - у 50% (20 человек), гиподинамия - у 30% (12 человек), курение - у 60% (24 человека), избыточная масса тела - у 25% (10 человек), ожирение 1 степени – у 10% (5 человек), ожирение 2 степени – у 7,5% (3 человека), ожирение 3 степени - у 5% (2 человека), отягощенная наследственность - у 10% (4 человека), повышенный уровень АД - у 25% (10 человек), гипергликемия - у 10% (4 человека), гиперхолестеринемия - у 30% (12 человек). Таким образом, у большей части населения выявлены модифицируемые факторы риска. Для населения, входящего в группу риска развития ИБС, необходимо рекомендовать простые и эффективные меры, направленные на изменение поведения и образа жизни:

- отказ от курения. Отсутствие воздействия табака в любой форме – один из самых эффективных способов снижения общего риска сердечно-сосудистых заболеваний;
- нормализация массы тела (желательно достижение индекса массы тела до 25 кг/м^2 , оптимальная окружность талии для женщин не более 80 см, для мужчин не более 94 см) за счет уменьшения общей калорийности пищи и повышения уровня физической активности;
- ежедневные динамические аэробные физические нагрузки в течение 30-60 минут и более (прогулки, катание на лыжах, велосипеде или плавание и др.);
- ограничение потребления поваренной соли (до 5 г в сутки). Уменьшение использования соли при приготовлении пищи или исключение продуктов, имеющих повышенное содержание скрытой соли (соленья, копчености, сосиски, колбасы, мясо в панировке, консервы, чипсы и др.);
- ежедневное употребление не менее 500 грамм овощей и фруктов (исключая картофель). Включение в рацион питания продуктов богатых кальцием (молочные продукты с низким содержанием жира), калием, магнием, микроэлементами, витаминами, обогащение рациона цельнозерновыми продуктами; ограничение употребления продуктов, содержащих животные жиры, исключение трансжиров

(кондитерские изделия фабричного производства, маргарин, спреды, майонез, продукты фаст-фуд), а также сладких газированных напитков.

Список литературы:

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №124н от 13 марта 2019 г. «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».
2. Бойцов, С.А., Погосова Н.В. Кардиоваскулярная профилактика, 2017.
3. Динамика заболеваемости ишемической болезни сердца [Электронный ресурс]: URL: //http://www.demoscope.ru/weekly/2015/0647/analit04.php (дата обращения 20.03.2019).
4. Ишемическая болезнь сердца, стенокардия и правила жизни [Электронный ресурс]: URL: //http://www.rosokr.ru/school_p_ibssipg (дата обращения: 15.03.2019).
5. Латфуллин И.А. Ишемическая болезнь сердца: основные факторы риска, лечение. – 2-е изд., оп. и перераб. – Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2017. – 426 с.

РАЗНОВИДНОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ДЛЯ ЗДОРОВОГО СЕРДЦА

*Рахмаева А.П., преподаватель
ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»
Йошкар-Ола, Республика Марий Эл*

Физические упражнения занимают важное место в профилактике и лечении заболеваний сердца. Ведь сердце такая же мышца, как и прочие мускулы, и его необходимо тренировать, чтобы оно стало крепче и выносливее. Какие же виды физической нагрузки, необходимой для укрепления сердечно-сосудистой системы предлагает нам современный мир?

1. ЙОГА.

В отличие от высокоинтенсивных тренировок, йога способна регулировать давление и частоту сердечных сокращений. Существуют позы и дыхательные техники, которые могут нормализовать повышенное давление у гипертоников, достаточно принять удобную позу и начать дышать животом. Абдоминальные и перевернутые позы отлично влияют на самочувствие гипотоников и приближают их показатель артериального давления к норме. Йога отлично подойдет спортсменам, и людям, кто никогда не вел спортивный образ жизни. Йога развивает выносливость, поддерживает мышцы в тонусе и в то же время понижает артериальное давление, уровень «вредного» холестерина и стресса. Более того, йога стабилизирует работу

дыхательной системы, улучшает процесс поступления кислорода к внутренним органам и помогает в снижении веса.

2. ПИР или постИзометрическая релаксация

Это новое слово фитнеса и ЛФК, метод восстановления нормального тонуса напряжённой мышцы, с помощью особых приёмов её расслабления. Синоним ПИРа является фраза – «толкай-расслабь». Сущность этой методики заключается в двухфазном воздействии на мышцу, т.е.:Изометрического напряжения мышцы, выполняемого с задержкой дыхания или без задержки и пассивного растяжения мышцы, выполняемого массажистом или тренером в момент выдоха и расслабления. Пассивное растяжение мышцы проводится минимальным усилием до появления её небольшого сопротивления, и мышца фиксируется в её новом положении. Каждый приём повторяется 3–4 раза, в результате чего в мышце возникает стойкая гипотония, и исчезает болезненность. Активное усилие пациента (изометрическое напряжение) должно быть минимальной интенсивности и достаточно кратковременным (6–10 сек.). Изометрическое напряжение высокой интенсивности или значительное по времени является нежелательным, т.к. вызывает утомление мышцы, и релаксация мышцы не наступает. Не является эффективным и быстрое кратковременное изометрическое напряжение мышцы. Постизометрическая релаксация также привлекла в свой арсенал применение дыхательных синергийрелаксируемых мышц, т.е. дополняющего воздействия дыхательных движений на мышцы (вдох соответствует напряжению мышцы, выдох — расслаблению). Результатом постизометрической релаксации является нормализация деятельности рефлекторного аппарата спинного мозга и восстановление нормального динамического стереотипа. Спазмы и зажимы уходят, подвижность восстанавливается.

3. СУСТАВНАЯ ГИМНАСТИКА

Кардиологи говорят, что они почти никогда не встречали среди своих пациентов дирижеров. А все потому, что они каждый день тренируют мускулатуру грудного отдела позвоночника. Поэтому физиологи настоятельно рекомендуют всем людям, особенно старше 35 лет начать делать простые упражнения, которые помогут поддержать сердце - наполнят его кислородом и укрепят сосуды. Нам все лишь нужно раздвигать грудную клетку и снять тугоподвижность с плечевых суставов.

4. МФР грудной клетки

Миофасциальный релиз (МФР) (миофасциальное освобождение) — форма мягкого воздействия на мышцы и соединительные ткани, для устранения ограничения подвижности этих тканей и связанных с этим ограничением, болевых синдромов и дисфункций. Это совокупность механических воздействий на мышцы,

фасции, внутренние органы, связки, сухожилия, осуществляемые как активно, так и пассивно самим человеком с помощью специального оборудования (роллы, теннисные мячи и др.), в сочетании с техниками дыхания. Особенно важно миофасциальное расслабление для любителей интенсивных силовых тренировок, вызывающих крепотуру в мышцах; а также тех, кто проводит реабилитационные занятия после травм или корректируют осанку, снижает вес. «мио» — мышца, «фасция» — соединительнотканная оболочка, покрывающая органы, сосуды, нервы и образующая футляры для мышц. Располагаются фасции под жировым подкожным слоем, фактически пронизывая всю структуру нашего тела, что внешне образно напоминает фасциальный «комбинезон». Фасция значительно влияет на то, как мы двигаемся, на нашу осанку, на наше восприятие боли и мышечную систему. В человеческом теле 200 парных мышц, в любой из них могут образовываться миофасциальные триггерные точки (болезненные точки напряжения), от которых боль и другие неприятные симптомы по «фасциальной цепочке» передаются, как правило, в отдаленные участки тела. Занятия противопоказаны при: общем тяжелом состоянии; высокой температуре; угрозе тромбоза; боли; опасности кровотечения; острой сердечной недостаточности; гипертонии (АД – выше 220/120) и гипотонии (АД менее 90/50), а также частых гипер и гипотонических кризов; стойком болевом синдроме; острых поражениях кожи; психических заболеваниях и системных изменениях в соединительных тканях (гиперплазиях). Какие результаты даёт миофасциально-расслабление: снимает напряжение, улучшает работу мышечно-скелетной системы в целом, увеличивает гибкость и подвижность в суставах наполняя кровью мышцы; предотвращает боль в мышцах, помогает избежать типичных повреждений мышц, которые возникают при чрезмерных физических нагрузках; помогает изменить двигательный стереотип; тренирует равновесие, помогает улучшить осанку; улучшает микроциркуляцию крови в тканях, обеспечивая их сбалансированную работу, стимулирует целевую регенерацию мышц; значительно улучшает работу внутренних органов, кровоснабжение головного мозга; защищает кости от остеопороза, делая их прочными; увеличивает гибкость и функциональность мускулатуры; усиливает движение межклеточной жидкости (так называемый лимфодренажный эффект), помогает очистить клетки от метаболических отходов и токсинов; удаляет лишнюю жидкость из организма, позволяя уменьшить объемы тела и снизить вес; улучшает состояние кожи (приток крови увеличивается), оказывает на нее успокоительное воздействие, помогает снизить уровень целлюлита; улучшает работу нервной системы, уходят депрессии и неврозы; обеспечивает спокойный и глубокий сон.

5. Кардио+сила.

В идеале совмещать силовые тренировки с кардионагрузкой (если нет

противопоказаний). Любитель бега и гантелей получает улучшенную способность организма потреблять кислород — а это основной показатель эффективной работы твоего сердца. Обычными силовыми тренировками такого не достичь, только если специально тренировать выносливость: делать несколько упражнений с отягощениями подряд с 15–20 повторами в каждом из них. Через 2–4 месяца таких занятий можно увеличить объем потребления кислорода на 4–8. А, если добавить к гантелям кардионагрузки — уже через 2–3 месяца ты сможешь увеличить тот же показатель на все 15–20%. Что же касается ограничений. Если вам противопоказан бег и быстрая ходьба, не стоит отчаиваться. Тренировки любой направленности увеличивают общее количество капилляров — самых мелких кровеносных сосудов. Такой процесс называется ангиогенезом; вызвать его нельзя больше ничем, даже употреблением запрещенных препаратов и сложными хирургическими операциями. Польза от него великолепная: чем больше капилляров, тем меньше нагрузка на сердце. Помимо этого, регулярная аэробика и упражнения с гантелями снижают частоту сердечных сокращений в покое: бегающим по утрам можно ожидать снижения пульса на 9–10 единиц; любителям гантелей — до 4. Таким образом, целенаправленно нагружая свое сердце регулярно раза 4 в неделю, ты позволяешь ему работать не так усердно в оставшиеся часы. Результат — меньшему износу подвергается вся сердечно-сосудистая система, что, продлевает жизнь.

АЭРОБНАЯ ГИМНАСТИКА КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Малафеева Елена Валерьевна, преподаватель

Рогожина Екатерина Андреевна, преподаватель

Янковская Ольга Геннадьевна, преподаватель

ГБПОУ НО «Нижегородский медицинский колледж»

г. Нижний Новгород

Физическая активность является немаловажным фактором для предотвращения болезней сердца. Человеческий организм устроен так, чтобы постоянно находиться в движении. Малоподвижный образ жизни способствует развитию сердечно-сосудистых заболеваний.

При анализе состояния здоровья вновь поступивших студентов наблюдается рост количества обучающихся с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. К наиболее распространенным заболеваниям относятся врождённые и приобретённые пороки сердца, миокардиты, ревматические поражения сердца, вегетососудистая дистония, гипертоническая и гипотоническая болезни, варикозное расширение вен. Возникновению сердечно-сосудистых заболеваний способствуют нервные

перегрузки, пониженная физическая активность (гиподинамия), вредные привычки (алкоголь, курение и т. д.), лишний вес.

Задачи физической культуры: улучшение кровообращения и кровоснабжения органов; постепенное укрепление сердечной мышцы; тренировка сердечно-сосудистой системы и всего организма в целом; развитие навыков правильного дыхания.

Наиболее простой пробой для оценки и контроля функционального состояния сердечно-сосудистой системы является **проба Руфье**. У испытуемого, находящегося в положении лежа на спине в течение 5 мин, определяют число пульсаций за 15 с (P_1); затем в течение 45 с испытуемый выполняет 30 приседаний. После окончания нагрузки испытуемый ложится, и у него вновь подсчитывается число пульсаций за первые 15 с (P_2), а потом за последние 15 с первой минуты периода восстановления (P_3). Оценку работоспособности сердца производят по формуле:

$$\text{Индекс Руфье} = \frac{4 \times (P_1 + P_2 + P_3) - 200}{10}$$

Результаты оцениваются по величине индекса от 0 до 15:

- меньше 3 – хорошая работоспособность;
- 3-6 – средняя;
- 7-9 – удовлетворительная;
- 10-14 – плохая (средняя сердечная недостаточность);
- 15 и выше – сильная сердечная недостаточность.

Физические упражнения имеют большое значение для лечения и профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы. Самыми распространёнными являются кардио- и аэробные нагрузки: ходьба, бег, велопрогулки, лыжные прогулки, плавание, степ-аэробика, ходьба по лестнице, упражнения с отягощениями. Данные физические упражнения не вызывают местного мышечного утомления и позволяют чётко контролировать частоту сердечных сокращений. Достоинствами таких занятий являются: простота, доступность, эффективность и возможность чётко регулировать физическую нагрузку.

Эффективность занятий зависит от правильности составления программы физической активности. При этом необходимо чётко решить вопрос о дозировании физической нагрузки. Необходимо рассеивать нагрузку на крупные мышцы туловища, чередуя работу мышц. При этом следует ограничивать движения с максимальной амплитудой. Упражнения следует выполнять плавно и легко, чередуя их с элементами самомассажа. Каждое упражнение должно сочетаться с правильным дыханием. Число повторений для упражнений с воздействием на малые суставы – 10-12 раз, средние суставы – 4-6 раз, крупные – 3-4 раза. При проведении

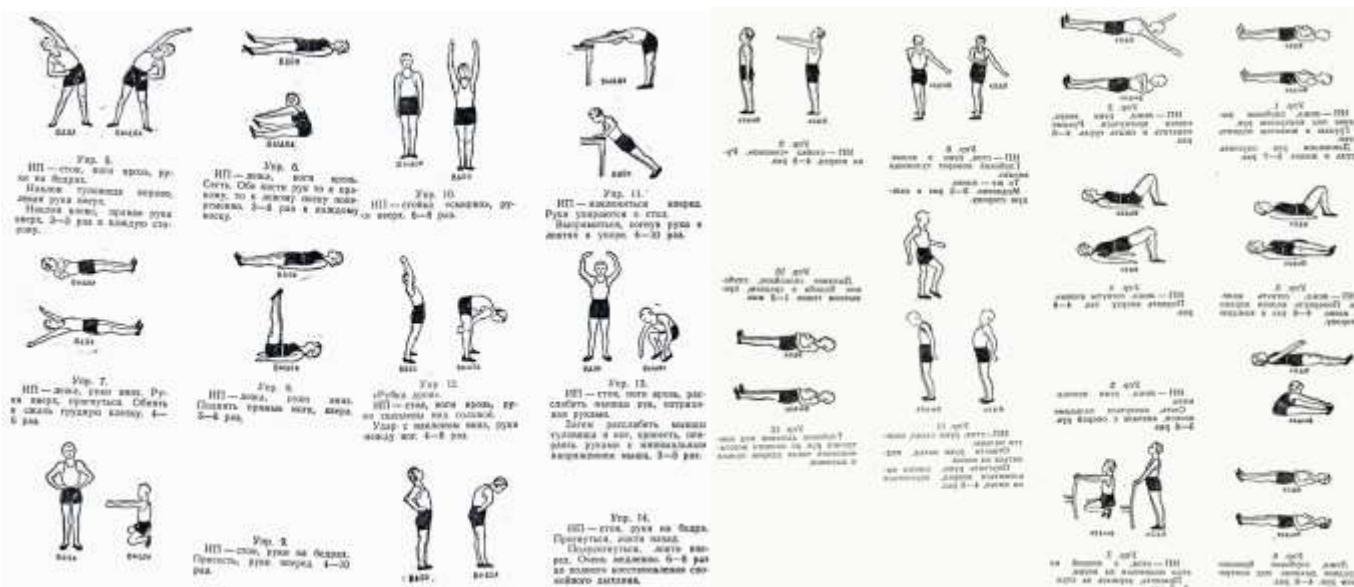
занятий со студентами, необходимо следить за реакцией организма на физическую нагрузку. Для этого определяется частота сердечных сокращений. Она на начальных этапах занятия не должна превышать 120-130 ударов в минуту. Необходимо обращать внимание и на субъективные показатели самоконтроля: самочувствие, желание заниматься. Тем, кто страдает от лишнего веса, не рекомендованы занятия, предполагающие повышенную осевую нагрузку, например, бег или прыжки на скакалке. При повышенной массе тела возникает большая нагрузка на колени и голеностоп, что может привести к травме и преждевременному изнашиванию суставов.

Анализируя все данные, преподаватель назначает тот двигательный режим, который соответствует функциональным возможностям студента. По мере адаптации организма предлагаются более разнообразные физические упражнения и занятия для улучшения состояния сердечно-сосудистой системы.

Во время выполнения упражнений большое внимание уделяется дыхательной гимнастике, которая благоприятно влияет на укрепление сердца и сосудов. При выполнении физических упражнений необходимо добиться полноценного ритмичного дыхания, что способствует улучшению трофических процессов в миокарде, усилению кровообращения в других органах, активизирует обмен веществ. Обучение правильному дыханию лучше начинать во время выполнения медленной ходьбы: на 2-4 шага глубокий вдох через нос, следующие 2 шага – задержка дыхания, далее на 2-4 шага – выдох.

Для увеличения выносливости сердечной мышцы, повышения потребления ею питательных веществ, стимуляции кровообращения на занятиях используются такие упражнения:

1. круговые движения рук;
2. попеременные подъемы рук, взмахи в сторону;
3. наклоны туловища;
4. круговые движения тазом;
5. поочередное поднятие коленей с приведением их к животу;
6. махи ногами вперед и в сторону.



Следует еще раз отметить, что те физические упражнения, к которым организм плохо адаптирован, оказываются самыми ценными в условиях осторожного строго дозированного использования. Любые упражнения могут быть исключены на некоторое время, после чего они должны постепенно применяться по мере повышения функциональных возможностей студентов.

В заключение можно сказать, что эффект воздействия на сердечно-сосудистую систему достигается лишь при регулярных воздействиях физических нагрузок. Это приводит к более экономичной работе сердца, которое полностью обеспечивает организм кислородом, при этом меньше устает и лучше питается, возрастает запас его прочности. Кровеносные сосуды становятся более эластичными.

Список литературы:

1. Амосов Н.М., Муравов И.В. Физические упражнения и сердце. – М: Физкультура и спорт., 2014. -51 с.
2. Дембо А. Г. Актуальные проблемы современной медицины. – М.: ФиС, 1980. - 295 с.
3. Буянов П.В. Изменения сердечно сосудистой деятельности и функций внешнего дыхания под влияние длительного ограничения подвижности (гиподинамии) // Авиационная медицина СПб №1. – М.: МФО -136–141с.
4. Виру А.А. и др. Аэробные упражнения /А.А. Виру, Т.А. Юримяэ, Т.А. Смирнова М.: Физкультура и спорт, 1988. -142с.

ПРОФИЛАКТИКА СМЕРТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Смирнова Наталья Юрьевна, преподаватель
ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»
Йошкар-Ола, Республика Марий Эл*

ССЗ – ведущая причина смерти населения. Среди причин СС смертности на 1 месте стоит ИБС – 53% от общей СС смертности, на 2 месте – цереброваскулярная болезнь – 31%.

На индивидуальном уровне профилактика ССЗ начинается с определения ФР, которые имеются у конкретного больного, и его суммарного сердечно – сосудистого риска. От их оценки зависит программа профилактики, ее цели и методы для каждого отдельного человека. Выявление основных ФР и оценка СС риска с проведением профилактического кратковременного консультирования пациента для коррекции ФР составляет основу первичной профилактики ССЗ на первичном уровне.

Все сердечно – сосудистые заболевания имеют сходные факторы риска. Этот вывод многократно был подтвержден эпидемиологическими исследованиями. Европейское многоцентровое исследование SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation) позволило разработать шкалу для оценки риска смертельного сердечно – сосудистого заболевания в течение 10 лет. Шкала риска разработана экспертами Европейского общества кардиологов на основании данных проспективных исследований, проведенных в 12 странах Европы, в том числе в России, с участием более 205 тысяч больных. К фатальным сердечно – сосудистым осложнениям относятся: смерть от инфаркта миокарда, других форм ИБС, от инсульта, в том числе скоропостижная смерть и смерть в пределах 24 часов после появления симптомов, смерть от других некоронарогенных ССЗ за исключением определенно неатеросклеротических причин смерти.

Для расчета суммарного риска фатальных ССЗ, учитываются 2 немодифицируемых фактора риска (пол, возраст) и 3 модифицируемых фактора риска (статус курения, систолическое АД, общий холестерин).

Шкала SCORE абсолютного риска применяется:

- для пациентов в возрасте 40-65 лет без доказанных ССЗ, обусловленных атеросклерозом (ИБС, ЦВБ, поражения периферических артерий);
- для пациентов без СД 1 типа с поражением органов мишеней, СД 2 типа, хронических болезней почек.

Шкала SCORE абсолютного риска не применяется:

- у пациентов с доказанными ССЗ атеросклеротического генеза;
- у граждан старше 65 лет (в возрасте старше 65 лет имеется высокий сердечно –

сосудистый риск вследствие фактора возраста);

- у граждан моложе 40 лет (риск оценивается по шкале относительного риска.

Абсолютный сердечно – сосудистый риск оценивается как:

- низкий – менее 1%
- средний (умеренный) – от 1% до 5%
- высокий – от 5% до 10%
- очень высокий – 10% и более.

Пациенты с низким и умеренным абсолютным сердечно – сосудистым риском относятся к 1 группе здоровья (при отсутствии заболеваний, требующих диспансерного динамического наблюдения).

Пациенты с высоким и очень высоким абсолютным сердечно – сосудистым риском относятся ко 2 группе здоровья (при отсутствии заболеваний требующих диспансерного динамического наблюдения).

Методика определения суммарного абсолютного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE

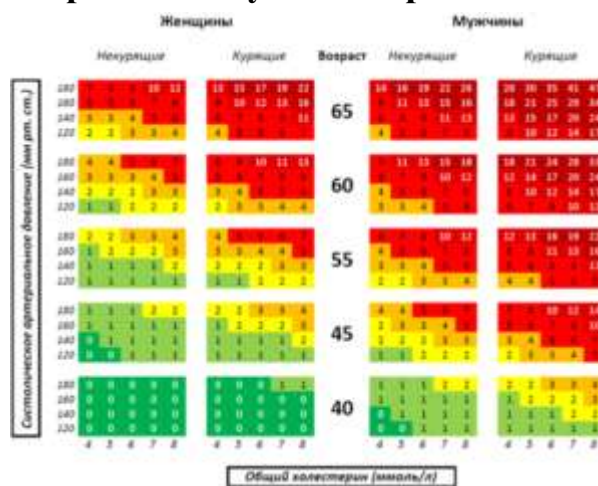


Рис. 1. Шкала SCORE для оценки риска смерти от ССЗ в ближайшие 10 лет

1. Выбрать пол (женщины – левая часть рисунка, мужчины – правая).
2. Выбрать столбец, соответствующий наличию или отсутствию курения.
3. Выбрать группу строк, соответствующих возрасту (округление делается по правилам арифметики).
4. По левой шкале выбрать верхнее граничное значение обычного систолического артериального давления.
5. По нижней шкале выбрать уровень общего холестерина.
6. На пересечении двух условных линий (систолическое АД и уровень холестерина) найти риск смерти от ССЗ в ближайшие 10 лет.

Например, если пациент 55 лет, курит (в настоящее время), имеет систолическое АД 145 мм.рт.ст и уровень общего холестерина 6,8 ммоль/л, то его

риск равен 9%.

Для мотивирования лиц, имеющих факторы риска к ЗОЖ может быть полезным сравнение рисков. Например, продемонстрировать 40-летнему курящему мужчине с уровнем АД 180 мм.рт.ст и содержанием общего холестерина в крови 8 ммоль/л, что его суммарный сердечно – сосудистый риск смерти в ближайшие 10 лет жизни соответствует риску 65-летнего мужчины, не имеющего указанных факторов риска.

Шкала относительного сердечно-сосудистого риска < 40 лет											
сАД	Некурящие					Курящие					
180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12	
160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8	
140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6	
120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	
	Общий ХС (ммоль/л)										

Рис. 2. Относительный суммарный СС риск для лиц моложе 40 лет

Методика определения суммарного относительного сердечно-сосудистого риска

Для лиц в возрасте моложе 40 лет определяется не абсолютный, а относительный суммарный сердечно – сосудистый риск по шкале (рис. 2). Оценка относительного сердечно – сосудистого риска может быть полезной при профилактическом консультировании молодых людей с низким абсолютным, но высоким относительным суммарным сердечно – сосудистым риском, как мотивирующий фактор к ведению ЗОЖ.

Оценка относительного сердечно – сосудистого риска не используется при определении группы состояния здоровья

Человек в возрасте до 40 лет без факторов риска (некурящий, с нормальным уровнем АД и содержанием общего холестерина в крови имеет в 12 раз меньший относительный суммарный сердечно – сосудистый риск по сравнению с человеком, имеющим указанные факторы риска.

Суммарный сердечно – сосудистый риск может быть выше, чем определяется по шкале SCORE в следующих случаях:

- у лиц с факторами риска, влияющими на прогноз и не включенных в шкале суммарного риска SCORE (гипергликемией, ИМТ/ожирением, низкой физической активностью, наследственной отягощенностью, при риске пагубного потребления алкоголя);

- у пациентов с дислипидемией кроме гиперхолестеринемии, т.е. при общем холестерине ниже 5 ммоль/л – уровень ХС ЛНП более 3 ммоль/л; ХС ЛВП у мужчин менее 1,0 ммоль/л, у женщин менее 1,2 ммоль/л; триглицериды более 1,7 ммоль/л.

Оценив ФР и суммарный СС риск медработник должен сформулировать цели профилактической программы для каждого конкретного пациента.

Цели профилактической программы в зависимости от уровней ФР и суммарного СС риска

Для пациентов с разным уровнем суммарного риска должны быть сформулированы различные цели.

Основные цели профилактики ССЗ в клинической практике:

1. Помочь лицам с низким риском ССЗ продлить это состояние на долгие годы и помочь лицам с высоким суммарным СС уменьшить его.
2. Лицам с низким и умеренным СС риском для сохранения здоровья рекомендуется:
 - не курить
 - соблюдать принципы здорового питания
 - поддерживать достаточный уровень физической активности: не менее 30 мин в день умеренной физической нагрузки
 - иметь ИМТ менее 25 кг/м² при отсутствии центрального ожирения
 - поддерживать АД на уровне менее 140/90 мм.рт.ст.
 - иметь уровень общего холестерина (ОХ) менее 5 ммоль/л
 - иметь уровень липопротеидов низкой плотности менее 3 ммоль/л
 - иметь уровень глюкозы в плазме крови натощак менее 6,1 ммоль/л
 - избегать стрессовых ситуаций, вырабатывать навыки их преодоления
 - своевременно проходить диспансеризацию и профилактические м/о.
3. Лицам с высоким суммарным СС риском дополнительно рекомендуется достичь более жесткого контроля следующих ФР:
 - ОХ крови менее 4,5 ммоль/л, предпочтительнее менее 4 ммоль/л, при отсутствии противопоказаний
 - ЛПНП менее 2,5 ммоль/л
 - уровень глюкозы в крови натощак менее 6,1 ммоль/л и гликированного гемоглобина менее 6,5%, при отсутствии противопоказаний.
4. Лицам с очень высоким суммарным СС риском дополнительно рекомендуется:
 - контролировать ЛПНП и держать их уровень ниже 1,8 ммоль/л, при невозможности достижения этого уровня добиться снижения его на 50% от исходного уровня.

КАК УКРЕПИТЬ СЕРДЦЕ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Шарнина Надежда Алексеевна, преподаватель

ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»

Йошкар-Ола, Республика Марий Эл

Сердце в человеческом организме – жизненно важный орган. Его работу можно сравнить с насосом. Благодаря сердцу кровь нагнетается в артерии и непрерывно движется по сосудам. Функционирует названный орган в течение всей жизни человека. За 70 лет он примерно выполняет 2-3 млрд. сокращений и перекачивает более 170 млн. литров крови.

Для пожилого возраста свойственны изменения и нарушения в работе сердечной мышцы.

Увеличиваются размеры сердца. Частое явление в преклонном возрасте – увеличение размеров левого желудочка сердца, стенки которого утолщаются и начинают проводить все меньшее количество крови в камеру. Она заполняется очень медленно по сравнению с прежними годами. Поэтому при сопоставлении размеров сердца и его КПД у людей в пожилом возрасте можно отметить отрицательную динамику по сравнению с более молодым возрастом.

Снижается сократительная способность сердечной мышцы. Задумываясь над тем, как укрепить сердце в пожилом возрасте, стоит знать, что его работоспособность напрямую зависит от состояния клеток миокарда, которых с течением лет становится все меньше. Причина этому – невозможность самообновления кардиомицитов, на месте которых образовывается соединительная ткань. Ею организм пытается заменить отмершие клетки с целью усилить выжившие. Однако полноценную компенсацию работы погибших кардиомицитов таким способом осуществить нельзя.

Нарушается работа клапанного аппарата сердца. Больше всего возрастным изменениям подвергается митральный и аортальный клапаны, створки которых со временем теряют свою гибкость. Утрата эластичности, кроме всего, может быть спровоцирована накоплением кальция в сердце. Вследствие этого возникает сердечная недостаточность по функционалу клапана, что приводит к неравномерному распределению крови по полостям сердца.

Изменяется сердечный ритм. Импульсы для перекачивания крови сердцем генерируются клетками, которые гибнут в течение всего времени, пока человек живет. У людей в преклонном возрасте количество работоспособных клеток редко превышает 10 % от первоначального уровня, что непременно приводит к аритмии.

Для того, чтобы определить возможные патологии сердца и предотвратить их, необходимо периодически проверять кровь на разные виды холестерина, так как это единственный способ определить соответствие норме. Повышение уровня данного

вещества не вызывает у человека никаких симптомов.

"Вредный" холестерин может привести к образованию атеросклеротических бляшек, которые со временем перекрывают просветы в сосудах. Поэтому важно следить за уровнем холестерина в крови, не допуская его повышения.

Для нормализации холестерина в крови поможет правильный рацион питания. Поваренную соль следует по возможности исключить из питания. Большое количество соли в организме провоцирует повышение артериального давления, развитие атеросклероза и отеки. Солить блюда, особенно в пожилом возрасте, не стоит. Ведь во всех продуктах, которые мы употребляем, и так содержится достаточное количество Na и Cl. Например, в картофеле содержание соли достигает 30 мг/100 г, а в молоке – целых 120 мг/100 г.

Улучшить состояние сердечно-сосудистой системы у пожилых помогут следующие микроэлементы:

Mg, помогает усвоению натрия и калия в крови, нормализует артериальное давление, оздоравливает миокард и растворяет тромбы.

Ca – важнейший элемент для сократительных способностей сердечной мышцы.

P – является строительным элементом клеток, который, встраиваясь в их мембраны, передает импульсы по миокарду, воздействующие на сердечные сокращения.

Se – помогает в борьбе со свободными радикалами, которые разрушают сосуды и ткани сердца, участвует в усвоении организмом других витаминов и микроэлементов.

Cr – нормализует обмен веществ, снижает уровень холестерина в крови.

Сердце очень нуждается в витаминах и минералах, которые организм получает из продуктов питания. Бобовые, в которых содержится кальций и растворимая клетчатка, активизирующие пищеварение и работу сердца. Мясо нежирных сортов (говядина, курятина, индейка, кролик). Рыба, которая в отличие от мяса должна быть жирной: скумбрия, сельдь, лосось и другие красные сорта. Оливковое масло. Помогает сохранять уровень холестерина в пределах нормы. Овсянка - кладезь полезных витаминов и микроэлементов для пожилого организма. Творог и кисломолочные продукты, также богаты кальцием. Многозерновой хлеб. Дрожжевому хлебу из белой муки лучше предпочесть ржаные или цельнозерновые сорта. Овощи и фрукты, суточная норма которых должна быть от 400 гр. Акцент стоит делать на продуктах, содержащих калий: картошка в мундире, изюм, курага, финики, бананы, петрушка и другая зелень. Орехи. Для здоровья сердца обязательно нужно съедать каждый день по горсти любых орехов: грецких, кедровых, фундук, кешью. Витамины дают возможность пожилым людям замедлить

процессы старения клеток организма, улучшить общее самочувствие и придают бодрость.

В рационе питания пожилым людям необходимо до минимума снизить или исключить следующие продукты:

- соль;
- острые, копченые блюда, фабричные колбасы, фастфуды;
- дрожжевую выпечку;
- жирные блюда, мясо жирных сортов (особенно при повышенном уровне холестерина);
- кондитерские изделия (особенно при повышенном уровне сахара в крови);
- крепкий чай и кофе (особенно при вхождении в группу риска), ведь в этих напитках содержится кофеин и танин, провоцирующие спазмы сосудов, повышение артериального давления и увеличение количества сердечных ударов в минуту.

О преимуществах здоровья чаще всего, к сожалению, больше знают больные люди. Но всегда лучше предотвратить появление проблем с сердцем, осознанно работая над укреплением поперечнополосатой мускулатуры.

Лучшим средством для этого станут физические упражнения, которые выполняются с учетом определенных правил. Тренироваться в пожилом возрасте следует регулярно, соблюдая равные промежутки между занятиями. Лучше, если они будут проходить минимум 2 раза в неделю. Тренировка должна продолжаться от 60 минут и включать различные виды деятельности и уровни интенсивности выполнения. Физкультурой лучше заниматься на свежем воздухе. Если такой возможности нет, в помещении, где проходят занятия, должно быть естественное проветривание. Упражнения должны стимулировать вентиляцию легких. Такие меры обеспечат нужную аэробную нагрузку на весь организм, что позволяет полностью окислить в тканях молочную кислоту, которая снижает сократительную способность мышц, и сердечной в том числе.

Задумываясь над тем, как укрепить сердце в пожилом возрасте, помимо физкультуры, имеющей положительное влияние на организм, следует избавиться и от вредных привычек: курения, недосыпания, агрессии и стрессов. Идеальным для здоровья считается семи- или восьмичасовой сон. При этом, здоровый и полноценный сон необходим организму для осуществления биологических процессов: например, дезинтоксикации лимфатической системы, печени. Дефицит сна приводит к гормональному дисбалансу, который прямо сказывается на здоровье сердца.

Курение повышает артериальный пульс, провоцирует сбои в сердечном ритме и серьезнейшие коронарные заболевания. Стоит обратить внимание, что одним из

серьезных последствий физического и эмоционального стресса может стать заболеванием, известно как стрессовая кардиомиопатия или «синдром разбитого сердца», связанная с острой сердечной недостаточностью. Обычно стрессовая кардиомиопатия наблюдается у женщин в постменопаузе. Наибольшее число случаев заболевания зарегистрировано у пациентов в возрасте от 60 до 70 лет. Нужно научиться справляться со стрессом, негативными эмоциями и утомлением и находить возможность для полноценного физического и эмоционального отдыха. Для более точной диагностики стресса и способов с ним справиться необходимо обратиться к психологу.

Соблюдение данных рекомендаций поможет укрепить сердце в пожилом возрасте, продлит жизнь и улучшит ее качество.

Литература:

1. "Атлас: анатомия и физиология человека. Полное практическое пособие" Билич Г. Л. Зигалова Е. Ю. Медицинский атлас, Эксмо, 2017. - 521с. ISBN: 978-5-699-95865-8
2. Анатомия человека. В 2-х томах. Т.2 / Авт.: Э.И. Борзяк, В.Я.Бочаров, Л.И.Волкова и др.; / Под ред. М. Р. Сапина. - М.: Медицина, 2015. - 480 с. ISBN:978-5-970-43829-9
3. Анатомия сердца человека Автор: Бокерия Л.А., Беришвили И.И. Учебники и учеб. пособ. д/инст. и курс. повыш. квалиф. Научный центр сердечно-сосудистой хирургии РАМН, 2012-90с ISBN: 978-5-7982-0296-6