

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

Материалы межрегиональной
научно-практической конференции,
посвященной международному Дню сердца

Йошкар-Ола
2016 г.

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», 2016 г.)

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

Материалы сборника адресованы работникам системы здравоохранения.

Оглавление

<i>Гридасова О.И.</i>	Биохимические маркеры инфаркта миокарда.....	4
<i>Исаева Н.В.</i>	Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний.....	6
<i>Миронова Л.М.</i>		
<i>Мальшев К.В.</i>	Лазерная хирургия варикозной болезни.....	9
<i>Галимзянов Г.А.</i>		
<i>Мальшев К.В.</i>	Первый опыт проведения «лазерной кроссэктомии» при восходящем тромбозе большой подкожной вены.....	10
<i>Илларионов А.А.</i>	Здоровый образ жизни, как основная профилактика сердечно- сосудистых заболеваний в Йошкар-Олинском медицинском колледже.....	12
<i>Навалова Т.А.</i>		
<i>Попова Е.В.</i>	Влияние стресса на сердечно-сосудистую систему.....	15
<i>Пучкина Е.В.</i>	Советы богини Мнемозины.....	17
<i>Рахмаева А.П.</i>	Лекарственные растения, применяемые в кардиологии.....	20
<i>Салмина В.В.</i>	Анализ комплаентности у пациентов с артериальной гипертензией.....	27
<i>Бурлова Н.Г.</i>		
<i>Гаранина Е.А.</i>		
<i>Сергеева О.Б.</i>	Оптимизация двигательной активности в формате кинезотерапии пациентов, перенесших ишемический инсульт....	31
<i>Слупская И.В.</i>	Управление факторами риска как основа профилактики серечно-сосудистых заболеваний - от теории к практике.....	34
<i>Смирнова Н.Ю.</i>	Курение как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний.....	38

Биохимические маркеры инфаркта миокарда

*Гридасова Ольга Ивановна, преподаватель ЦМК лабораторной диагностики
ГАОУ СПО СО «Саратовский областной базовый медицинский колледж»*

Инфаркт миокарда (ИМ) – является ведущей причиной нетрудоспособности и лидирует в структуре смертности населения. При изучении эпидемиологии инфаркта миокарда, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) использовала как критерии диагноза клинические симптомы, ЭКГ-критерии и кардиоспецифические ферменты.[3]

В настоящее время в определении инфаркта миокарда большое значение уделяется исследованию кардиоспецифичных ферментов (маркеров некроза миокарда). Некроз миокарда сопровождается высвобождением структурных белков и других внутриклеточных макромолекул в интерстициальное пространство вследствие нарушения целостности клеточных мембран. В число биомаркеров миокардиального некроза входят кардиотропонины (сTnT и сTnI), МВ-КФК (сердечная форма креатинфосфокиназы), миоглобин, сердечная форма белка, связывающего свободные жирные кислоты (H-FABP), мозговой натрийуретический пептид (BNP и NTproBNP), лактатдегидрогеназа и др. Практически каждый из биохимических маркеров имеет патогенетическое обоснование его применения с диагностической целью.

Однако с практической точки зрения биомаркеры должны обладать максимальной чувствительностью и специфичностью, рано выявляться и одновременно достаточно продолжительное время сохранять диагностическую эффективность. «Ранними» маркерами достигающими диагностически значимого уровня впервые часы некроза миокарда являются: миоглобин, МВ-КФК (сердечная форма креатинфосфокиназы - КФК), сердечная форма белка, связывающего свободные жирные кислоты (H-FABP). К «поздним» маркерам, которые диагностически значимо повышаются в крови примерно через 6—9 ч, относят: кардиотропонины (сTnT и сTnI), лактатдегидрогеназу (ЛДГ), аспартатаминотрансферазу (АсАТ). Последние два маркера из традиционно использовавшихся кардиомаркеров ИМ в силу своей низкой чувствительности и специфичности уходят (по крайней мере, должны уйти) в прошлое.

Исходя из большей чувствительности и тканевой специфичности в сравнении с другими известными биомаркерами некроза, наиболее предпочтительным биомаркером для выявления повреждения миокарда считается определение в крови компонентов тропонинового комплекса миокардиоцитов – кардиоспецифических белков тропонинов - TnT и TnI. При гибели миокардиоцитов тропонины поступают в периферический кровоток как в свободном, так и в связанном с другими

компонентами тропонинового комплекса виде. В венозной крови тропонины определяются спустя 3–5 часов и достигают своего пика в первые 12–24 часа от начала ИМ. В тоже время целесообразным представляется использование двойного теста с обязательным определением динамики кардиомаркеров - неоднократное исследование миоглобина после возникновения симптомов, как чувствительного раннего маркера с высоким прогностическим значением отрицательного результата и более длительное до конца 1 суток исследование тропонинов. При недоступности исследований сердечных тропонинов наилучшей альтернативой является количественное определение МВ-КФК.

В настоящее время в практике используются как методы количественного определения тропонинов, так и качественные тест-системы непосредственно «у постели больного». Качественный метод используется для экспресс-диагностики инфаркта миокарда, представляет собой тест-полоску, на которую наносится капля крови пациента, через 20-30 минут в зависимости от изменения цвета индикатора получают результат. Хорошо, когда такими тест-системами снабжены бригады скорой помощи, это значительно увеличивает скорость и точность диагностики. Недостатком качественного теста является то, что он не дает возможности отслеживать степень повышения тропонина в крови, но этого недостатка лишен количественный тест. Также при применении качественных методов обнаружения тропонинов необходимо помнить, что положительный результат имеет место лишь при их уровне 100 нг/л перцентилля и выше. Более низкие концентрации не выявляются.

Для количественного определения уровня тропонинов в крови в лабораториях используются анализаторы, результат представляют в нанограммах/литр (нг/л), или петаграммах/литр (пг/мл) виде целых чисел. Критерии повышения уровня тропонинов индивидуальны для каждой лаборатории. Оптимальная точность, определяется коэффициентом вариации 99 URL.

Чтобы обеспечить достаточную чувствительность выявления ИМ, у пациентов кровь следует брать для исследования при первичном обследовании и через 3-6 часов после него (если только точное время развития симптомов неизвестно). С учетом совершенствования методов определения тропонина считается, что тестирование в сроки до 6–9 часов после появления симптомов обеспечивает оптимальную чувствительность в большинстве случаев.

Таким образом, можно заключить, что современная диагностика инфаркта миокарда должна обязательно включать определение специфичных маркеров повреждения миокарда, а именно кардиотропонинов, МВ-КФК и миоглобина.

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Исаева Надежда Викторовна, преподаватель

Миронова Лилия Магафуровна, преподаватель

Шенталинский филиал ГБПОУ «Тольяттинский медицинский колледж»

Шентала, Самарская область

Сердце – главный и самый трудолюбивый орган в человеческом организме. Начиная работать еще до рождения, он перекачивает до 25 тысяч литров крови в течение всей жизни. Но о важности его правильного функционирования многие вспоминают только в тот момент, когда начинаются проблемы со здоровьем.

По последним данным, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в России достигла отметки свыше 57%. Хотя учеными и было доказано, что следящий за своим здоровьем человек может обеспечить бесперебойную работу своего сердца до 100 лет и выше.

Сегодняшнее поколение сталкивается с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) намного раньше, чем их родители. Заболевания сердца помолодели, и считаются заболеваниями среднего возраста. Статистика свидетельствует о том, что каждый год в нашей стране от сердечных болезней умирает 200 тысяч человек, а это население целого города. Подумайте над тем, что каждый год с карты нашей страны, исчезает целый город.

Для того чтобы избежать проблем со столь жизненно важным «механизмом» человеческого существования, необходимо разобраться в тех причинах, которые могут привести к сбоям в его работе.

Почему современные люди страдают болезнями сердца?

Для того чтобы выяснить причины заболевания сердечно-сосудистой системы нужно обратить внимание на то, какой образ жизни ведет человек. Питание, режим дня и сна – основополагающие звенья, которые при неправильном подходе могут нанести здоровью непоправимый вред. Но современный человек живет в таком режиме, когда факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний встречаются буквально на каждом шагу. Более того, они стали настолько привычны, что практически незаметны и мало кто обращает на них внимание. Тем не менее, знать о них обязан каждый, кто заботится о своем здоровье.

Факторы риска принято делить на два вида:

1. Неустранимые – причины, которые человек не в состоянии изменить или остановить. К ним относятся:
 - Половая принадлежность.

Мужчины более подвержены ССЗ, чем женщины, особенно в молодом и среднем возрасте. Это связано с различиями в гормональной системе: женские гормоны защищают сосуды и сердце, по крайней мере, до наступления климакса.

Исследования показали: всего 8% мужчин старше 40 лет могут похвастаться здоровыми и незатронутыми атеросклерозом артериями. Среди женщин той же возрастной категории здоровыми сосудами обладают около 52%. Солидная разница, не правда ли?

- **Возраст.**

Самым опасным считается возраст от 40 до 55 лет у мужчин, и от 50 до 65 у женщин. В возрасте от 70 лет и старше оба пола одинаково подвержены риску развития сердечно-сосудистых заболеваний.

- **Наследственность.**

Если у родственников по восходящей линии были проблемы с сердцем и сосудами, риск заболеть ССЗ увеличивается примерно на четверть. Чаще всего наличие у близких родственников болезней сердца, говорит о том, что человек имеет все шансы обнаружения тех же недугов у себя.

- Сердечно-сосудистые заболевания могут возникнуть на фоне хронических болезней мозга, сетчатки глаз, почек или периферических сосудов.
- Сахарный диабет также является угрожающим фактором для здоровья сердца.

2. Устранимые – факторы риска, которые подвластны человеку и появляются благодаря неправильному образу жизни:

- **Курение.**

Среди курильщиков вдвое больше тех, кто страдает ишемической болезнью сердца, чем среди некурящих. Курение значительно увеличивает риск развития облитерирующего атеросклероза и эндоартериита конечностей, а болезнь Бюргера вообще встречается только у курильщиков.

- **Злоупотребление алкоголем.**

Злоупотреблением считается доза, превышающая 20 мл для женщин и 30 мл чистого этанола для мужчин. Крепкие напитки и пиво наиболее опасны, а вот один бокал хорошего сухого красного вина в день вреда не принесет.

- **Переедание, несбалансированный рацион и ожирение.**

Пагубные пищевые привычки смертельно опасны. Злоупотребление жирной, слишком соленой пищей, сладостями и сладкими газировками ведет к набору лишнего веса, увеличивает риск развития сахарного диабета и артериальной гипертензии. А эти недуги сами входят в список факторов риска по сердечно-сосудистым болезням. Наибольшему риску подвергаются люди, у которых жировые отложения располагаются преимущественно на талии и животе.

- **Недостаточная физическая активность.**

Отсутствие необходимой нагрузки крайне вредно отражается на состоянии сердечной мышцы и сосудов.

- Низкая стрессоустойчивость.

Правильная работа органов зависит от нервной системы. Как показала практика состояние тревожности и раздражительности негативно сказывается на всей иммунной системе и оказывает прямое влияние на работу сердца.

Отдельно стоит поговорить о сосудах и их патологии. Из-за высокого уровня холестерина в крови могут образовываться тромбы.

Холестерин образуется в печени, может поступать в организм также с пищей. Это жироподобное вещество скапливается в крови в большом количестве, оседает на стенках сосудов, что ведет к образованию бляшек. Бляшки начинают суживать просвет сосудов, а это риск образования тромбов. Ткани ощущают недостаток кислорода, питание их нарушается, что приводит к некрозу тканей. Именно в этом заключается негативное действие холестерина. Возрастают риски возникновения тромбоза, инфаркта, инсульта.

Проблемы с сердцем и кровеносными сосудами способны привести к серьезным заболеваниям:

- болезни сосудов головного мозга;
- ишемическая болезнь сердца;
- врожденные пороки сердца;
- тромбоз глубоких вен;
- эмболия легочных артерий;
- болезнь периферических артерий конечностей.

Самыми распространенными на сегодняшний день болезнями сердца являются инфаркты и инсульты, вызванные закупоркой кровеносных сосудов и образованием тромбов в венах.

В особой зоне риска у врачей на сегодняшний день находятся будущие мамы.

Беременность и сердечно-сосудистые заболевания это самое опасное сочетание, которое может привести к гибели плода и самой матери. Во время вынашивания ребенка, организм женщины получает громадную нагрузку, что само по себе очень рискованно. Современная медицина нашла способы помочь женщинам с болезнями сердца и сосудов, однако до сих пор беременность с этим недугом остаются актуальной проблемой и требуют постоянного наблюдения со стороны врачей.

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний способна значительно увеличить продолжительность и качество жизни человека.

Быть здоровым и счастливым мечтает любой, и жить хочется всем людям. Природа позаботилась о нас, создав бьющийся мотор. Это удивительный орган, а его работа рассчитана на 150 лет.

Для этого важно заботиться о своем здоровье даже в тот момент, когда ничего

не болит.

Избежать проблем с сердцем и сосудами поможет:

- правильное питание;
- пребывание на свежем воздухе;
- активный образ жизни;
- а также нормальный режим сна и бодрствования.

Лазерная хирургия варикозной болезни

Мальшев К.В., Галимзянов Г.А.

Казань, Республика Татарстан

По данным ВОЗ хронические заболевания вен это «болезнь цивилизации» и встречается у 33% женщин и у 20% мужчин. В России болеют 38 млн. человек, из которых у 15% имеются трофические нарушения. Болезнь «помолодела» среди подростков 12 – 16 лет встречается в 22%.

Лечение ВБ состоит из трех основных направлений: фармакотерапия, компрессионный режим с физиотерапией и хирургическое лечение.

Хирургия ВБ за последнее десятилетие заметно изменилась, как достойная альтернатива традиционной флебэктомии и эндоскопической диссекции перфорантных вен появились лазерные и радиочастотные технологии.

В ГАУЗ «ГБ № 18» эндовазальная лазерная коагуляция (ЭВЛК) начала выполняться нами с 2012г. - 496 операций, в Йошкар-Оле (медицинский центр «СитиМед») с 2013г. - 502 операции, в Чебоксарах (Частная клиника «Медик») с 2015г. - 108 операций. Выполнено в общей сложности 1106 операций.

Все операции выполнялись амбулаторно, за исключением 12 пациентов с высоким риском тромбоемболических осложнений: инфаркты, инсульты в анамнезе, гипертоническая болезнь III ст., риск 4 и возраст более 75 лет, которых госпитализировали в стационар ГАУЗ «ГБ № 18» на сутки. Использовали лазерные аппараты с длиной волны 1,47 и 1,56 нм (Лахта-Милон, Азор и Медиола), тумесцентная анестезия 0,1% раствором лидокаина, световоды торцевые и радиальные, в зависимости от диаметра вены, экстракция световода 0,7 мм/сек. Удаление притоков проводилось по методике мини-флебэктомии, при липодерматосклерозе и трофических язвах (С4-5-6) выполнялась эхосклеротерапия раствором этоксисклерола 1-3%. Компрессионный режим – чулки 2 класса компрессии 5 – 7 дней круглосуточно, затем в дневное время до 1 месяца. Перевязки и УЗИ - контроль проводились на 1-2 сутки, через неделю, контрольные осмотры через 1 месяц, через 3 и через год.

За этот период времени были подведены итоги, сделаны выводы, оценены рецидивы и осложнения операций и способы их предотвращения. Среди осложнений ЭВЛК наиболее опасен тромбоз глубоких вен (2%), лечение которого проводилось амбулаторно, (ривароксабан 15 мг х 2 раза в день 21 день, затем 20 мг в день 1 – 3 мес). Причина тромбозов, по видимому была длительность операции более 1 часа, одновременная коагуляция БПВ и МПВ на одной конечности, мощность излучения более 10 Вт. В последующем перешли на мощность 6 – 8 Вт, с тракцией световода 0,7 мм/сек. и использование радиальных световодов при диаметре вены более 10 мм.

Ожоги кожи, в основном на голени при поверхностном расположении вен (0,5%), применялись мази и раневые покрытия. При расположении вены менее 5 мм от поверхности кожи от коагуляции отказались, поэтому доступ на удобном месте на голени стали использовать только для катетеризации вены и заведения световода.

Неврологические нарушения – анестезия, гиперэстезия кожи (1%), в основном при дистальной минифлебэктомии или ЭВЛК, поэтому переход на эхосклеротерапию на голени и лодыжке, особенно в зоне нарушения трофики позволяет избежать этих осложнений.

Рецидивы в виде реканализации вены и появление новых вариксов в зоне несостоятельных перфорантных вен встречались у 2 % пациентов, в этих случаях выполнялась повторная ЭВЛК стволов радиальными световодами и коагуляция перфорантных вен – торцевыми.

Выводы:

1. Лазерная хирургия варикозной болезни наиболее перспективное направление на современном этапе.
2. Безопасность, радикальность и высокий косметический эффект позволяет проводить операцию в «стационарах одного дня», а также в соседних республиках.
3. УЗИ – контроль в до и послеоперационном периоде позволяет выявить послеоперационные осложнения на ранних сроках и провести своевременное лечение.

**Первый опыт проведения «лазерной кроссэктомии»
при восходящем тромбозе большой подкожной вены**

Мальшев К.В., Илларионов А.А.

Частная клиника «Медик»

Чебоксары, Чувашская Республика

24.01.2016 г. в частную клинику «Медик» на консультацию к флебологу обратилась женщина М. 56 лет, с жалобами на нарастающие боли распирающего

характера в области голени и бедра справа, повышение температуры тела до 37,8С, покраснение кожи на бедре и голени и гипертермию кожи в этих областях. Заболела остро, сутки назад после физической нагрузки.

В анамнезе: подобные симптомы наблюдались 7 лет назад на левой ноге, когда ее госпитализировали в хирургический стационар и провели экстренную операцию Троянова на левой нижней конечности.

Объективно: Состояние средней тяжести, беспокоит нарастающий отек бедра справа, покраснение кожи на бедре и голени, повышение температуры на болезненных участках и тела до 37,5С. Местно определяется болезненный инфильтрат в проекции большой подкожной вены на голени и бедре, распространяющийся до средней трети бедра по медиальной поверхности. Выше определяются варикозно трансформированные узлы передне-латерального притока БПВ без признаков тромбоза, на голени болезненные притоки БПВ с гиперемией кожи над ними. По данным УЗАС определяются тромботические массы в просвете БПВ с распространением их до верхней трети бедра, с рыхлой и не фиксированной частью вершины тромба. В области сафено-фemorального соустья диаметр вены 13,4 мм, клапаны не состоятельные, рефлюкс на пробе Вальсальвы. На бедре варикозная трансформация передне-латерального притока, без признаков тромбообразования, на голени тромбоз притоков БПВ. Глубокие вены проходимы, несостоятельность ЗББВ, умеренная несостоятельность ПБВ, без признаков тромбоза.

Учитывая восходящий характер тромбоза БПВ с тромбозом притоков на голени решено произвести эндовазальную лазерную коагуляцию свободного от тромбоза участка БПВ («лазерную кроссэктомию») и минифлебэктомию передне-латерального притока по экстренным показаниям. Пациентка была информирована о характере предстоящей операции. Сообщения о подобных операциях уже были на конференциях Ассоциации Флебологов России в 2015 году и начали применяться в экстренной флебологии, в том числе и у беременных.

Перед операцией сделано: фраксипарин 0,6 подкожно, акупан 2,0 мл, кеторол 1,0 мл и феназепам 1,0 мл внутримышечно. Установлен периферический катетер.

Под УЗИ-контролем произведена пункция БПВ на 2 см выше «головки» тромба, установлен катетер, проведен радиальный лазерный световод до сафено-фemorального соустья. Тумесцентная анестезия 0,1% раствором лидокаина. Коагуляция вены в непрерывном режиме мощностью 6 Вт с удлиненной экспозицией у соустья и ручной экстракцией световода (лазерная кроссэктомия). Минифлебэктомия на бедре. Тромбированные вены не удалялись, тромбоцентез не проводился. Асептические повязки. Одеты компрессионные чулки медивенструва на обе ноги. Через 5 минут пациентка начала ходить, через 30 минут проведено УЗАС:

глубокие вены проходимы, коагулированный участок БПВ «закрит», бедренная вена проходима. Через 1 час после операции пациентку выписали с рекомендациями: Лист нетрудоспособности на 2-3 недели, фраксипарин 0,3 подкожно 7 дней, затем ксарелто 20 мг в сутки 1 месяц, диосмин 600 мг в сутки 1 месяц, диклофенак 50 мг 2 раза в день 10 дней, лиотон гель местно на тромбированные вены, чулки непрерывная компрессия 7 дней, затем 3 недели в дневное время. Осмотры на следующий день, через неделю, через 2 недели и через месяц с УЗИ контролем.

На следующий день сохранялись умеренные болезненные ощущения в местах тромбированных вен, по ходу коагулированного ствола БПВ и в местах минифлебэктомии. Со 2-го дня в течение недели отмечается регресс симптомов, положительная динамика местного процесса, по УЗИ глубокие вены полностью проходимы, гиперэхогенные и фиксированные к стенкам вены тромботические массы. Разрешено мытье ноги, снимать чулки на ночь, активный режим. Через 2 недели гиперемия отсутствует, незначительные уплотнения в местах минифлебэктомии, движения в ноге активные, без ограничения, носит чулки. Лист нетрудоспособности закрыт, продолжает прием ксарелто 20 мг в сутки. Осмотр через 6 месяцев: незначительные уплотнения в подкожной клетчатке на бедре, ствол БПВ по УЗИ лоцируется как гиперэхогенный тяж

Выводы: «Лазерная кроссэктомия», как альтернатива операции Троянова может выполняться амбулаторно в «стационаре одного дня».

Здоровый образ жизни, как основная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в Йошкар-Олинском медицинском колледже

*Навалова Татьяна Альбертовна, преподаватель
ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»
Йошкар-Ола, Республика Марий Эл*

Факторы риска при заболевании сердца: возраст, наследственность, тучность, диабет, курение, гипертония, повышенное употребление жиров, малоподвижный образ жизни, стресс.

Вот уже 19 лет я работаю преподавателем в Йошкар-Олинском медицинском колледже. В нашем колледже пропагандируется здоровый образ жизни, а это значит, что болезнь легче предупредить, чем лечить. Здоровый образ жизни - профилактика в первую очередь сердечно – сосудистых заболеваний, так как «зашлакованность» сосудов нарушает кровообращение и поэтому уменьшается доставка кислорода к органам и тканям организма, в результате чего появляются различные заболевания, связанные с нарушением питания органов.

В Йошкар-Олинском медицинском колледже здоровый образ жизни можно

ощутить уже на первом этаже. В 17.00 заканчиваются занятия, но в спортивном зале студенты, преподаватели играют в баскетбол, волейбол; в тренажёрном зале занимаются на снарядах. После окончания рабочего дня многие преподаватели раз в неделю посещают танцевальный кружок. Физические упражнения приносят пользу человеку.

Во время занятий доклинической практики, изучая основы ухода за пациентами, студенты пребывают в двигательной активности и меньше устают, так как двигательная активность совмещается с умственной деятельностью; на лекциях включается в работу мозг, но приходится почти полтора часа сидеть за учебным столом, что приводит к большей усталости. Чтобы активность была высокой во время лекций, семинаров в нашем учебном заведении предусмотрена гимнастика на 3-5 минут, которую можно провести во время занятия для улучшения кровообращения.

Все наши студенты очень любят практику в ЛПУ. Особенно, когда можно поработать на посту, в перевязочном и процедурном кабинете. Почему? Потому что они осваивают выбранную ими профессию, но в то же время они совмещают умственную деятельность с физической, что очень благотворно влияет на здоровье человека. Они испытывают радость от выполнения первых профессиональных задач, а в это время в их организме происходит внутренняя работа - выработка эндорфинов. Во время физической деятельности появляется приподнятое настроение. Учёные выяснили, что это связано с повышением уровня эндорфинов – гормонов радости. Очень важно, чтобы находясь в коллективе, в обществе, человек ощущал себя в хорошем настроении. Хорошее настроение зависит не только от того, как он умеет справляться с негативными эмоциями, со стрессовыми ситуациями, но и какой микроклимат его окружает внутри коллектива. Это очень важно для сохранения здоровья. Поэтому здоровый образ жизни рассматривает не только физические факторы, но и психологические, душевные, духовные. «Удар бича оставляет рубцы, а удар языка сокрушает кости» - это мудрое высказывание, говорит о том, что интеллект всегда должен сочетаться с добром. Если этого нет, то часто возникает стрессовая ситуация.

При стрессе в организме появляется отрицательная реакция на все органы и системы. Что происходит с сердцем и сосудами? У человека появляется головная боль, учащённое сердцебиение (тахикардия), аритмия (нарушение ритмичности сердечных сокращений), гипертоническая болезнь (повышение артериального давления выше допустимых норм), стенокардия, инфаркт миокарда, болезнь Рейно, атеросклероз.

Атеросклероз – основная причина развития ишемической болезни сердца. Атеросклероз – хроническое заболевание, развивающееся десятилетиями. В его

возникновении выделяют четыре определяющих механизма: наследственный (генетический), нарушение липидного (жирового) обмена, изменение состояния сосудистой стенки, нарушение рецепторного аппарата клетки. С одной стороны это органический процесс постепенного локального стенозирования (сужения) коронарных артерий за счёт роста в них атеросклеротических бляшек, с другой – комплекс функциональных факторов, таких, как дисфункция эндотелия, регионарные спазмы, тромбообразование, нарушение микроциркуляции.

Как предупредить атеросклероз? Только начиная с юношеского возраста, можно сохранить эластичность сосудов и их чистоту (отсутствие атеросклеротических бляшек), а для этого студенты Йошкар-Олинского медицинского колледжа учатся здоровому образу жизни на занятиях, проводят исследования совместно с преподавателями в ЛПУ, выявляют проблемы пациентов, проводят санитарно – просветительную работу под руководством преподавателей в Йошкар-Олинском медицинском колледже, выступая на студенческих конференциях и тематической части курсовых собраний, а так же перед учащимися в школах города в рамках реализации программы «Здоровый образ жизни – веление времени».

Очень важно осознать соблюдение здорового образа жизни для собственного здоровья и для здоровья своих будущих детей. Потому что, лучший способ бороться с ишемической болезнью – предотвратить её появление. Человек может очистить свои артерии, снизить риск смерти от атеросклероза и продлить годы активной и продуктивной жизни. Независимо от возраста можно избавиться от факторов риска. Начать нужно со здоровой пищи, содержащей низкое количество жиров и холестерина, зато богатой клетчаткой и нерафинированными сложными углеводами. Такая диета поможет снизить холестерин и нормализует большинство случаев диабета II типа. В сочетании с ограничением соли эта диета поможет сбросить лишний вес и привести в норму кровяное давление.

Необходимо выполнять активные физические упражнения. Большинство возникающих инфарктов по данным ВОЗ можно предупредить, если бросить курить, снизить кровяное давление до уровня 125 мм. рт. столба, общий холестерин до уровня 3,0 – 6,0 ммоль /л. Эти простые перемены в образе жизни сделают больше для здоровья людей, чем все больницы, хирургические операции и лекарства.

Профилактика атеросклероза главное средство против стенокардии и инфаркта миокарда и она должна начинаться с детского возраста. Поддержать как можно дольше хорошую эластичность сосудов, препятствовать атеросклеротическим бляшкам, всё это может делать каждый человек. Здоровье в руках человека, а настрой человечества на здоровый образ жизни в руках умных, милосердных медиков. Цель обучения – научить обходиться без учителя (Э.

Хабара), а цель здорового образа жизни, как можно дольше сопротивляться болезням и жить ресурсами своего организма.

Основную причину стенокардии и инфаркта миокарда - атеросклероз, можно избежать или «отодвинуть» на период жизни в старческом возрасте, соблюдая здоровый образ жизни.

ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ

Попова Елена Валерьевна, методист

ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»

Йошкар-Ола, Республика Марий Эл

Жизнь современного человека сопровождается множеством стрессовых факторов. Неприятности на работе, материальные затруднения, неурядицы с детьми, проблемы со здоровьем, и великое множество других причин - всё это постоянно воздействует на психику.

На начальных стадиях, проблемы, чаще всего, носят чисто психологический характер: тревожность, неуравновешенность, повышенная возбудимость, раздражительность, но с течением лет, многое меняется - перечисленные выше факторы могут приводить к появлению множества соматических заболеваний. Если у человека уже есть сердечно-сосудистые заболевания, стресс способен усугубить их течение, может привести к осложнениям сердечно-сосудистых болезней – инсультам и инфарктам.

Нужно помнить, что стресс – это естественная физиологическая реакция человеческого организма. И не надо расценивать ее исключительно как патологический процесс. То есть нельзя говорить, что стресс однозначно вреден. Ведь это особая функция, позволяющая организму выжить.

Симптомы стресса:

- постоянное чувство раздраженности, подавленности, причем порой без особых на то причин.
- плохой, беспокойный сон.
- депрессия, физическая слабость, головная боль, усталость, нежелание что-либо делать.
- снижение концентрации внимания, затрудняющее учебу или работу. Проблемы с памятью и снижение скорости мыслительного процесса.
- невозможность расслабиться, откинуть в сторону свои дела и проблемы.
- отсутствие интереса к окружающим, даже к лучшим друзьям, к родным и близким людям.

- постоянно возникающее желание поплакать, слезливость, иногда переходящая в рыдания, тоска, пессимизм, жалость к себе любимому.
- снижение аппетита – хотя бывает и наоборот: чрезмерное поглощение пищи.
- нередко появляются нервные тики и навязчивые привычки: человек покусывает губы, грызет ногти и т. п. Появляется суетливость, недоверие ко всем и к каждому.

В зависимости от результата в психологии различают следующие виды стресса:

- Эустрессы («полезные» стрессы). Для успешного существования человеку необходима некоторая доза стресса. Именно она является движущей силой нашего развития. Это состояние можно назвать «реакцией пробуждения». Оно сходно пробуждению ото сна. Чтобы утром пойти на работу необходимо встать с кровати и проснуться. Для достижения рабочей активности нужен толчок, небольшая порция адреналина. Эту роль и выполняют эустрессы.

- Дистрессы (вредные стрессы), возникающие при критическом напряжении. Именно это состояние и отвечает всем представлениям о стрессе.

Стресс легко переносится, если после него удастся «разрядиться». Сам по себе стресс – это выброс большого количества различных биологически активных веществ, ускоряющих все процессы в организме.

Природа предусмотрела этот процесс, чтобы человек в критической ситуации мог мобилизоваться и совершать эффективные физические действия: бежать, драться, поднимать тяжести.

У современного человека все стрессовые гормоны выбрасываются в организм так же, как и у далеких предков, но часто не применяются по назначению – для физической активности.

Когда речь идет о молодых и здоровых людях, постоянное психоэмоциональное напряжение, как результат стрессов, чаще всего провоцирует развитие артериальной гипертонии. Во время стресса значительно перестраивается гормональный фон человека. В кровь выделяются вещества, которые способствуют резкому уменьшению просвета периферических сосудов, что приводит к артериальной гипертонии.

Повышенное давление, на первых порах, переносится человеком легко и спокойно. Многие из нас годами не замечают ничего даже отдаленно указывающего на подобного рода проблемы.

Когда человек становится старше, его сопротивляемость артериальной гипертонии значительно снижается. Если и в этом случае не придать заболеванию должного внимания, ситуация может обернуться гораздо более печальными последствиями, в числе которых инсульты и кровоизлияния.

У людей пожилых стресс провоцирует нарушение сердечного ритма. В этом же возрасте возрастает риск развития инфаркта и инсульта.

Но если инсульт в этом возрасте – обычно следствие гипертонии, то инфаркт может возникать без повышения давления и нередко провоцируется стрессовой ситуацией.

Пациент должен научиться правильному ответу на стрессовую ситуацию, чтобы реакция организма на стресс была минимальной.

Нужно правильно выходить из стресса, если он все-таки состоялся. Если есть возможность выполнить физические упражнения сразу после стрессовой ситуации, мобилизованный на борьбу организм получит необходимую разрядку.

Людям в возрасте 35–40 лет, необходимо определить, насколько серьезны факторы развития сердечно-сосудистых заболеваний. Для этого нужно проверить уровень артериального давления и холестерина и определить наличие вредных привычек. Если уровень риска высок, необходимо сходить на углубленное обследование у специалистов.

Лучший способ борьбы с последствиями стресса – это физическая активность и своевременное обращение к врачу.

Любую болезнь проще предотвратить, чем бороться с её последствиями. Пока стрессы ещё не дали о себе знать, следует принять все меры, направленные на устранение их вредных последствий. Разумное чередование труда и отдыха, правильное питание, занятия спортом, отказ от вредных привычек, вот то, что поможет в этом нелёгком деле.

СОВЕТЫ БОГИНИ МНЕМОЗИНЫ

*Пучкина Елена Вячеславовна, преподаватель психологии
ГАПОУ «Набережночелнинской медицинский колледж»
Набережные Челны, Республика Татарстан*

Все жалуются на свою память,
но никто не жалуется на свой разум.
Ф. Ларошфуко

Девичья память, дырявая, проклятый склероз, в одно ухо влетело, в другое вылетело – так очень часто говорят о своей памяти, искренне считая, что если память плохая или ее практически нет, то не повезло с рождения; часто совсем не догадываясь, что такими выражениями только оправдывают свою лень, несобранность и проблемы направленности личности.

Трудно сказать, кто и когда первым попытался понять и определить, что представляет собой память. Самые первые упоминания о ней встречаются в

мифологии.

У древних греков богиня памяти Мнемозина (Мнемосина) – богиня первого поколения, мать девяти муз распространяет свое влияние на все сферы деятельности человека.

Память – это запоминание, сохранение и последующее воспроизведение человеком своего опыта. Она тесно связана с вниманием, мышлением, с эмоциями и чувствами, с речью, с волей, воображением, с трудолюбием, активностью человека, с условиями, в которых происходит запоминание.

Память интенсивно развивается с детства до 20-22 лет при регулярных тренировках. После 45 лет возможно лишь развитие профессиональной памяти. Каждый человек не раз сталкивался с тем, что успешный бизнесмен или ведущий инженер, профессор могут постоянно искать носки, очки, зонты, книги и т.д., великолепно при этом выполняя свою работу, читая лекции без опорных конспектов, огромные чертежи и многое, многое другое.

Один из приемов эффективного запоминания - ассоциативный, т. е. когда одни представления вызывают в уме появление других. Ряд не связанных между собой слов можно представить в виде образов, включая каждое последующее в «картинку», где присутствует образ, символизирующий предыдущее слово, причем, чем более нелепой, смешной окажется воображаемая картинка, тем больше шансов, что вы ее запомните. При соответствующей тренировке с первого раза из 40 предлагаемых слов человек запоминает 25-30.

Например, обезьяна, дерево, банан, булка, орех, смех – обезьяна сидела на дереве, ела булку с бананом и орехом и смеялась.

Человек должен осознать необходимость запоминания, особенное значение имеет установка на длительное запоминание: сел делать уроки – установка, по ходу выполнения – опять установка. Нельзя учить до экзамена, до контрольной работы, до понедельника, будете знать только до этого срока. Физиологическое подкрепление – нажать 2-3 раза на ноготь большого пальца любой руки.

Необходимо убрать все лишнее с рабочего стола, все цветные календари, открытки, т. к. это способствует рассеиванию внимания и ухудшению памяти, а для стимуляции интеллектуального развития на письменный стол под стекло следует положить узкую полоску бумаги желтого и фиолетового цвета (не менее 2-3 см шириной).

Эффект края – лучше всего запоминается первое и последнее из изучаемого материала, т. о. необходимо сначала учить те предметы, которые являются наиболее сложными.

Существует прямая зависимость между тем, как учат и как отвечают изученный материал – учат лежа, следует отвечать лежа, только так можно

вспомнить все, что прочитано и пересказано.

Нецелесообразно заучивать друг за другом подряд сходные материалы. Иными словами, после физики следует учить литературу или географию, а не алгебру. Иначе возникают процессы проактивного и ретроактивного торможения, то есть: то, что только что запомнили, частично стирается из памяти, а то, что необходимо выучить, запоминается намного тяжелее, так как при изучении предметов одного цикла задействованы одни и те же отделы мозга, а должна быть смена нагрузки. Она позволит «голове» отдохнуть, в это же время интенсивно происходит закрепление нового материала.

Нужно регулировать объем запоминаемого материала. Исследованиями установлено: по мере увеличения заучиваемой информации время, необходимое для запоминания, увеличивается не прямо пропорционально объему материала, а значительно больше.

Лучше учить семь дней по одному часу, чем семь часов в один день! Не забывайте об этом при подготовке к зачетам, экзаменам, контрольным и проверочным работам.

Важно включать как можно больше анализаторов в работу. Исключительно важно делать записи как можно более наглядными, ведь память не любит слепых записей, а человеческая психика - однообразия: использовать цифры, буквы, точки, черточки и т.д.; делать пропуски; размещать записи на разных частях тетрадного листа; основное подчеркивать, обводить, заключать в круги, квадраты и т.д.; использовать не более 2-3 цветов, иначе происходит рассеивание внимания, работа многих видов памяти затрудняется; выделять важное или непонятное на полях; использовать слова «и еще», «важно», «помнить».

Составление расширенного плана ответа повышает продуктивность запоминания минимум в два раза, значит, когда человек учит, следует писать шпаргалки, но следует оставлять их дома.

Китайская народная мудрость гласит: «Услышал – забыл, увидел – запомнил, сделал – понял».

Существуют весомые различия между внешней и внутренней речью. Внутренняя - является слабым отпечатком, оттиском внешней. Конечно, следует учесть, что эти различия глубоко индивидуальны, но никто не будет отрицать, что стихотворения заучиваются намного быстрее и запоминаются на более длительный промежуток времени. В Интернете приводятся данные опроса – учат стихотворения «про себя» только 4,8% людей. Исходя из этого, можно смело рекомендовать работать с запоминаемым материалом:

- вслух или с помощью шепотной речи;
- ознакомиться в целом, попытаться проникнуть в смысл; осмыслить его

(осмысленное запоминание продуктивнее механического заучивания в 22-25 раз)

- разбить, расчленить на отдельные смысловые части, изучить каждую отдельно;
- установить связи между частями,
- вновь прочесть весь материал, причем задавать себе различные вопросы, связывать с уже знакомым материалом, составлять расширенный план ответа.

Золотое правило: «Ничего нельзя заучивать, кроме того, что хорошо понято»

Память тесно связана с эмоциями и чувствами. То, что вызывает яркую эмоциональную реакцию, запоминается лучше. Иногда сильные отрицательные эмоции приводят к наиболее эффективному запоминанию, но данная зависимость не имеет абсолютного характера. Существует некая индивидуальная для каждого граница, за которой сила переживания чувств, способна привести к блокировке умственной деятельности.

Следует помнить психологическую закономерность: «Где много эмоций, там мало места для разума».

Есть несколько народных средств «для памяти».

- Если что-то не вспоминается, нужно снять кольцо с пальца правой руки и надеть на тот же палец другой руки. Все мигом вспомнится.
- Еще для того, чтобы отыскать пропавшую вещь, советуют привязать носовой платок к левой ноге и продолжать поиски.
- Если вещь куда-то «спряталась» и найти ее не получается, следует завязать на носовом платке или поясе узелок.
- Если вещь опять куда-то «спряталась» и найти ее не получается, нужно сопровождать поиски словами: «Черт, черт, поиграй да отдай».
- Можно просто забыть о том, что не удастся вспомнить. Потом само собой вспомнится.
- А если, наоборот, хочется о чем-нибудь забыть, подумав об этом в последний раз, нужно завязать небольшой узелок на одежде – подоле платья, поле рубашки, рукаве футболки, на шнурках. Это средство гарантирует частичную амнезию.

Удачи в процессе обучения и сохранения сердца здоровым!

Лекарственные растения, применяемые в кардиологии

Рахмаева А.П., преподаватель

ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»

Йошкар-Ола, Республика Марий Эл

Ключевые слова: фитотерапия, лекарственные растения, заболевания сердечно-сосудистой системы, кардиология

Лекарственные растения, применяемые при гипертонической болезни

Гипертоническая болезнь (ГБ) – полиэтиологическое заболевание, проявляющееся гипертензией и обусловленное нервно-функциональными нарушениями регуляции артериального давления (АД).

Для обеспечения адекватной терапии, в т.ч. и фитотерапии, целесообразно обозначить следующие гемодинамические типы гипертензии:

- *гиперкинетический* - гипертензия из-за увеличения частоты и силы сердечных сокращений (повышено в основном систолическое АД);
- *гиперволемический* – гипертензия преимущественно из-за увеличения объема циркулирующей крови;
- *гипокинетический* – гипертензия преимущественно из-за спазмов сосудов (повышено общее периферическое сопротивление и в основном - диастолическое АД);
- *смешанный*.

На первой стадии ГБ мировой практикой рекомендуется немедикаментозная терапия, в частности фитотерапия (она должна присутствовать в комплексном лечении и на других стадиях ГБ).

Лекарственные растения, применяемые для терапии ГБ, имеют классификацию в соответствии с оказанным эффектом.

Основные направления фитотерапии при ГБ

Фитотерапию при ГБ проводят для снятия нервно-психического перенапряжения, усталости стабилизация работы сосудодвигательного центра.

Для реализации этого направления необходимо применение лекарственных растительных средств с седативно-снатовными свойствами в сочетании с тонизирующими, которые следует назначать крайне осторожно, в пороговых индивидуально подобранных дозах. Эффективны кожные ванны с лавандой, сушеницей, душицей, мелиссой.

Лекарственные растения со свойствами В-адреноблокаторов обеспечивают снижение частоты и силы сердечных сокращений. Они наиболее эффективны при гиперкинетическом типе гипертензии.

При гипокинетическом типе гипертензии для снижения АД используют лекарственные растения с резерпиноподобными свойствами.

Применение растений с мочегонными свойствами наиболее действенно при гиперволемическом типе гипертензии.

Кислородную недостаточность ликвидируют с помощью антигипоксантов растительного происхождения. Кроме этого, проводят профилактику атеросклероза. Потенциальным источником лекарств антисклеротического действия могут быть

растения, проявляющие гиполипидемические, гипохолестеринемические и антиоксидантные свойства: диоскорея кавказская и ниппонская, лен обыкновенный, лук репчатый, чеснок, арника горная, боярышник пятипестичный и кроваво-красный, рута, барвинок малый, хвощ полевой, ламинария сахаристая, тимьян, тмин, солодка гладкая, лапчатка гусиная, клевер луговой, морковь, смородина черная и др.

Сборы составляют с учетом гемодинамических нарушений. В них включают растения, обеспечивающие все основные направления фитотерапии. Больному подбирают 2-4 прописи, которые меняют каждые 2 мес., обеспечивая непрерывную терапию до стабилизации АД, а затем 2-3 курса в год.

К сведению: Постоянно проводимая фитотерапия ведет к стабилизации состояния при ГБ на длительное время и предупреждает развитие органических изменений в сердечно-сосудистой системе.

Лекарственные растения, применяемые при гипотонии

Для терапии больных гипотонической болезнью и нейроциркуляторной дистонией по гипотоническому типу применяют растения, оказывающие тонизирующее действие и повышающие тонус кровеносных сосудов.

К ним относят: корень аира, листья будры плющевидной, цветки бессмертника, трава вероники лекарственной, корень девясила, трава зверобоя, иссопа лекарственного, кипрея, крапивы двудомной, плоды и листья малины, листья мяты перечной, корень одуванчика лекарственного, листья подорожника, трава спорыша (горца птичьего), цветочки корзинки и листовые побеги татарника колючего, трава тысячелистника, корень цикория, листья шалфея, плоды шиповника коричневого.

Стимулирующим эффектом обладают настойки лимонника, левзеи, заманихи, аралии, женьшеня, стеркулии. Настойку лимонника применяют по 20-25 капель 2-3 раза в день; настойку корневища с корнями левзеи по 20-30 капель 2-3 раза в день; настойку заманихи по 30-40 капель 2-3 раза в день; аралии по 30-40 капель 2-3 раза в день; женьшеня – 25 капель 3 раза в день; стеркулии – 20 капель в день.

Все перечисленные стимулирующие препараты противопоказаны при нервном возбуждении, бессоннице, повышенном АД, нарушениях сердечной деятельности. Не следует принимать их в вечерние часы во избежание нарушений ночного сна.

Препараты со стимулирующим эффектом должны приниматься по назначению и под наблюдением врача.

При гипотонической болезни и нейроциркуляторной дистонии по гипотоническому типу целесообразны сборы из выше указанных растений.

Пример:

Бессмертник песчаный, цветки 2 части,

*вахта трехлистная, листья 4 части,
вероника лекарственная, трава 2 части,
девясил высокий, корневище с корнями 1 часть,
зверобой продырявленный, трава 5 частей,
одуванчик лекарственный, корень 1 часть,
пижма обыкновенная цветки 2 части,
полынь горькая, трава 1 часть,
цикорий, цветки 1 часть,
шалфей лекарственный, трава 3 части.*

Две-три столовые ложки сбора нужно залить вечером крутым кипятком в поллитровом термосе и настаивать до утра. На следующий день выпить в 3 приема в теплом виде.

Лекарственные растения, применяемые при ишемической болезни сердца

Фитотерапию при ишемической болезни сердца следует начинать с самых ранних стадий. Хотя она и занимает вспомогательную позицию, но незаменима в коррекции функции ЦНС, что весьма важно для лечения стенокардии и профилактики инфаркта миокарда. Группа антиангинальных лекарственных растительных средств с выраженными антигипоксическими свойствами является весьма эффективной в монотерапии у больных на разных стадиях заболевания, что позволяет оптимизировать комбинированную фармакотерапию и в более тяжелых случаях.

К сведению: при достижении ремиссии у больных стенокардией, относящихся к 1 и 2 ФК, фармакотерапию можно прекратить, но целесообразно ее продолжить.

Применение антиангинальных, антигипоксических и антиатеросклеротических фитопрепаратов, нормализующих АД, расширяющих кровеносные сосуды, питающих сердечную мышцу, очень важно. К ним относятся как официальные препараты (келлин из семян амми зубной, пастинацин из семян пастернака посевного), так и лекарственные формы из лекарственных растений (цветков и плодов боярышника, травы омелы белой, листьев мяты перечной (последняя чаще входит в состав сборов)).

Лекарственные растения с антиангинальными свойствами: цветы, листья, плоды боярышника, трава донника лекарственного, душицы обыкновенной, чистеца буквицецветного, а также неофициальные растения: трава Melissa лекарственной и звездчатки средней (мокрицы), листья липы. Препараты их растений в экспериментальных условиях проявляли выраженные антигипоксический и антиангинальный эффекты. Водные, спиртовые вытяжки (боярышника и донника) и соки (Melissa, мокрицы, липы, пастернака), имея низкую токсичность, оказались

весьма эффективны в монотерапии стенокардии напряжения. Непрерывная терапия одним из препаратов у большинства больных 1 и 2 ФК обеспечивала снижение числа приступов, а у части пациентов – их полное исчезновение. В более тяжелых случаях добавление фитопрепаратов к комбинации антиангинальных средств позволяло снижать дозы последних.

Внимание! У больных 3 и 4 ФК полное прекращение приступов наблюдается редко. У них фитотерапию нужно проводить непрерывно. Меняя состав каждые 1-1,5 мес. Это позволяет даже у тяжелобольных уменьшать число комбинируемых препаратов.

Кроме растений с антиангинальными свойствами, целесообразно применять лекарственные растительные средства из следующих групп:

- **антигипоксанты:** листья и трава крапивы, цветки календулы, цветы и трава лобазника, трава сушеницы, трава хвоща и др.;
- **ангиопротекторы:** растения, содержащие витамины, листья березы, трава сушеницы, чистеца буквицецветного;
- **антиатеросклеротические** лекарственные растения (перечислены выше в разделе про ГБ).

В сборы также необходимо также включать растения, способствующие нормализации функции ЦНС: валериану, душицу, лобазник, цветы лпы, пассифлору, пион, пустырник, синюху, хмель, кипрей узколистный, Melissa и др.

При лечении В-блокаторами целесообразно применять лекарственные растения с бронхолитическим, десенсибилизирующим, мочегонным и сосудорасширяющим свойствами. Безопасность применения антагонистов кальция повышается при сочетании их с растениями, стабилизирующими АД (тимьян обыкновенный и ползучий, лимонник), устраняющими отеки, тошноту зуд.

При болях в области сердца наряду с традиционными фармакологическими препаратами можно использовать сборы.

Пример:

*Валериана лекарственная, корень 3 части,
пустырник пятилопастной, листья 3 части,
тысячелистник, трава 2 части,
анис обыкновенный, плоды 2 части.*

Настой, приготовленный по стандартной методике, применяется $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{3}$ стакана 2-3 раза в день.

Лекарственные растения, применяемые для лечения сердечной недостаточности

Сердечная недостаточность – это результат снижения насосной функции

сердца, в результате чего нарушается обеспечение метаболических потребностей организма.

Основными принципами лечения сердечной недостаточности являются: устранение причин, вызвавших сердечную недостаточность; улучшение сократительной способности сердца (сердечные гликозиды и другие средства с положительным инотропным действием); уменьшение нагрузки на сердце; борьба с избыточной массой тела; полноценный отдых; рациональный режим; удаление из организма избытка натрия и воды; улучшение энергетического обмена в миокарде (препараты калия, антигипоксанты, фосфорилированные углеводы). Лечение проводится с учетом стадии болезни.

На *первом этапе* возможно применение лекарственных растений, не содержащих сердечные гликозиды, но обладающих кардиотоническим, антигипоксическим, седативным и мочегонным эффектами. Сборы с:

- **кардиологическим действием:** плоды, цветы и листья боярышника, трава астрагала шерстистоцветкового, плоды лимонника;
- **антигипоксическим действием:** листья липы и крапивы, трава чистеца буквицецветного и донника;
- **седативным действием:** трава пустырника, корень и корневище валерианы, шишки хмеля;
- **мочегонным эффектом** трава грыжника, почечного чая, горца птичьего и др.

На *втором этапе* препаратами выбора становятся фармакологические препараты сердечных гликозидов: строфантин, коргликон, дигитоксин, дигоксин, целанид, галеновые препараты горицвета весеннего.

На начальном этапе лечения 1 стадии сердечной недостаточности успешно применяют диуретики растительного происхождения. Они обеспечивают постепенное увеличение диуреза на 3-7 день приема.

Достоинства растительных препаратов:

- выведение из организма токсических метаболитов, особенно азотистых шлаков (трава грыжника, цветы василька, кукурузные рыльца) и недоокисленных продуктов углеводного обмена (листья толокнянки, брусники, березы, черники);
- не нарушают баланс электролитов, способствуют восполнению потерь калия (трава петрушки кудрявой, грыжника, листья березы, абрикосовый, персиковый, айвовый соки).

Растительные и калийсберегающие диуретики потенцируют действие сердечных гликозидов, но монотерапия этими мочегонными препаратами не обеспечивает надежного улучшения у больных с выраженным отечным синдромом.

Для снятия отеков используют *плодоножки вишни* (1 чайную ложку высушенных и измельченных плодоножек нужно прокипятить в 1 стакане воды 15

мин, отвар принимать по 1 столовой ложке 3-4 раза в день).

Дягиль лекарственный (дудник) применяется как мочегонное средство в виде настойки, которую приготавливают следующими способами:

- настаивают 1 часть корневища с корнями в 10 частях 40° спирта в течение 10 дней (принимают по 50 капель перед едой);
- 15 г корня заливают стаканом кипятка и настаивают в течение 6-7 ч (принимают по $\frac{1}{2}$ стакана 3-4 раза в день за 30 минут до еды).

Неплохой мочегонный эффект оказывают цветки клевера в виде отвара (10 г в 200 мл воды), который принимают по столовой ложке 4-5 раза в день.

Настой из *крапивы двудомной*, кроме мочегонного, производит сосудоукрепляющее, действие, пополняет организм витаминами (10 г травы на 200 мл воды). Настой принимают по полстакана 2 раза в день. Лицам пожилого возраста принимать настой крапивы чаще двух раз в неделю нельзя.

Хвощ полевой применяют в следующем виде: одну столовую ложку сухой мелко нарезанной травы нужно заварить в 0,5 л кипятка, настоять 3-4 ч и принимать по 1 столовой ложке 5-6 раз в день через 3-4 ч. Хвощ полевой не показан при остром воспалении почек.

При наличии сопутствующих заболеваний печени и желчевыводящих путей целесообразно использовать настой *кукурузных рыльцев*, приготовленных по стандартной методике, по 1 столовой ложке каждые 3 ч.

Для получения мочегонного эффекта при сердечно-сосудистой недостаточности можно использовать также плоды аниса, листья барбариса, березовые почки и листья, цветки бессмертника, листья брусники, цветки бузины черной, винограда, листья и плоды ежевики, цветки василька, листья душицы, корень девясила, траву зверобоя, плоды и траву земляники, липовый цвет, листья и корень лопуха, листья мяты перечной, корень одуванчика, листья подорожника, цветки полыни горькой, листья и цветки смородины, спорыш, плоды укропа огородного, траву череды, шиповник, листья шалфея.

Для усиления ослабленной сердечной деятельности и как мочегонное средство рекомендуются сборы.

Пример:

Хвощ полевой, трава 1 часть,

ландыш, цветки 3 части,

спорыш, трава 2 часть,

боярышник, цветки 4 части,

барвинок, листья 1 часть.

Одну столовую ложку сбора необходимо залить стаканом кипятка, настоять 30 мин и принимать по $\frac{1}{3}$ стакана 3 раза в день.

Фитотерапия при сердечно-сосудистых заболеваниях, как и при других затяжных и хронических процессах, необходима в силу того, что требуется длительное поддерживающее лечение. Целенаправленно примененная фитотерапия в начальных стадиях способна предотвратить дальнейшее развитие сердечно-сосудистых заболеваний. Для нее характерно почти полное отсутствие побочных эффектов, сочетаемость с медикаментозным лечением. Есть все основания предполагать, что в ближайшем будущем значимость фитотерапии, в т.ч. и при лечении сердечно-сосудистых заболеваний, будет возрастать.

АНАЛИЗ КОМПЛАЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Салмина Валентина Васильевна, преподаватель

Бурлова Наталья Геннадьевна, заместитель директора по УВР

Гаранина Елена Андреевна, преподаватель

ГБПОУ «Сызранский медико-гуманитарный колледж»

Сызрань, Самарская область

Артериальная гипертензия — стойкое повышение артериального давления от 140/90 мм.рт.ст. и выше. Одно из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Установлено, что артериальной гипертензией страдают 20-30 % взрослого населения. С возрастом распространенность болезни увеличивается и достигает 50-65 % у лиц старше 65 лет. Лечение артериальной гипертензии имеет особенности, которые необходимо учитывать пациенту: необходимость пожизненного приема гипотензивных средств, соблюдение режима дня, диетического питания, отказа от вредных привычек. Все это требует полного изменения образа жизни, но не многие пациенты готовы на это. Поэтому можно выделить такую проблему, как комплаентность (приверженность к лечению) пациентов с артериальной гипертензией.

Комплаентность (от англ. Patient compliance), приверженность лечению — степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от врача. Приверженность пациента к лечению может проявляться как в отношении приёма препаратов, так и в других врачебных назначениях, но чаще этот термин используется именно по отношению к фармацевтическим препаратам.

Актуальность выбранной темы также подтверждается тем, что проблема комплаентности до конца не изучена. А если мы будем знать причины ее, то сможем воздействовать на них и повысить уровень приверженности к лечению пациентов с артериальной гипертензией.

Предметом исследования явилось состояние комплаентности пациентов с артериальной гипертензией на базе кардиологического отделения ГБУЗ СО «Сызранская ЦГБ». Был проведен анализ историй болезни, листов назначений пациентов с артериальной гипертензией за период с 2013-2015 года, а также результатов анкетирования. В исследовании приняли участие 74 пациента, из них 37-женщин, 37-мужчин. По возрастным показателям 50% приходится на пациентов от 40-60 лет и 50% старше 60 лет.

Плохая приверженность к лечению является одной из причин недостаточного контроля артериального давления. Был проведен анализ причин госпитализации больных с артериальной гипертензией в кардиологическое отделение в связи с приверженностью предписанному режиму лечения на дому. Выяснилось, что следовали советам врача 33%, а 67% случаев госпитализации предшествовала отмена приема гипотензивных, или несоблюдение режима приема. Результаты опроса показали что, к сожалению, 46% респондентов самостоятельно прекращают лечение артериальной гипертензии, а 52% - пропускают прием очередной дозы гипотензивного препарата.

Косвенным признаком хорошей или плохой приверженности служит отношение больного к тем записям, которые были сделаны врачом в качестве назначений, ведение дневника самоконтроля артериального давления, отметки на нем приема препаратов. Исследования выявило, что у женщин пожилого возраста комплаентность выше и составляет 62% , у мужчин 28%.

Приверженность к лечению зависит от рода обстоятельств:

- пола и возраста;
- характерологических особенностей пациента;
- особенностей течения заболевания;
- правильного выбора препарата и хорошей переносимости;
- схемы лечения;
- наличия в аптеках препаратов, назначенных врачом.

В исключительных случаях отклонения от рекомендаций, данных врачом, пациенты объясняют забывчивостью, снижением памяти, внимания, рассеянностью - т.е. ранними признаками формирования сосудистой деменции на фоне артериальной гипертензии. Забывчивость выявлена у 32%.

Одним из наиболее простых тестов оценки приверженности к лечению является тест Мориски-Грина, который включает 4 вопроса:

1. Забывали ли вы когда – либо принимать лекарства?
2. Не относились ли вы иногда невнимательно к часам приема лекарств?
3. Не пропускали ли вы прием препаратов, если чувствовали себя хорошо?
4. Если вы чувствовали себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы

следующий прием?

Комплаентными согласно данному тесту являются больные, набравшие 4 балла, некомплаентными – менее 3 баллов.

Считается, что удовлетворительной приверженностью к лечению, оцененную данным методом, является 80% и выше. Данный метод позволяет оценивать приверженность количественно, но также не доказывает факта приема лекарств и правильного соблюдения режима приема. Как правило, приверженность, оцененная данным методом, является завышенной, так как нередко больные представляют себя как комплаентного больного. Реальные цифры комплаентности могут быть значительно ниже.

Какие же факторы влияют на приверженность к лечению? Выявлены следующие причины недостаточной приверженности к лечению:

- Осознанная и неосознанная нелюбовь к «химии». 36%
- Убежденность в необходимости ежегодного курсового лечения артериальной гипертензии в стационаре. 42%
- Недоверие к препаратам для приема внутрь и переоценка возможностей медикаментов для парентерального применения. 38%
- Эпизодический прием медикаментов, «когда болит голова» и в подобных случаях. 46%
- Вера в «чудо-лекарство» (и ее последствия: разочарование в медикаментах, врачах и т.д.). 17%
- Страх перед побочными эффектами лекарственных средств. 34%
- Недостаточная эффективность гипотензивной терапии. 16%
- Высокая стоимость лекарственных средств. 49%
- Опасение вреда от проводимого лечения. 41%
- Неготовность к постоянной терапии артериальная гипертензия . 30%
- Чувство тревожности за состояние здоровья и прогноза на будущее. 29%

Рассмотрен вопрос о процессе изменения мотивации к лечению. Опрос респондентов показал, что 42% пациентов не интересуются тем, как можно изменить что-либо в своей жизни с целью улучшения здоровья.

Существует достаточно доказательств того, что прием препаратов однократно в сутки сопровождается лучшей приверженностью, чем двукратный прием и тем более чем многократный. И в этом убеждают результаты исследования: доля больных с хорошей приверженностью к лечению – 70% это пациенты с однократным приемом гипотензивных средств, а при двукратном приеме она составляет 45% .

Существует обратная зависимость между количеством принимаемых

препаратов и комплаентностью. Путем анкетирования выяснили причины влияния полипрогмазии на приверженность к лечению: большая стоимость многокомпонентной терапии 31%; сложность режима приема 19%; страх больного перед большим количеством лекарственных средств и их побочных эффектов 48%.

Работа позволяет сделать выводы, что проблема комплаентности является актуальной. Исследование выявило низкую приверженность пациентов с артериальной гипертензией, что приводит к недостаточному контролю артериального давления и снижает эффективность терапии.

Список используемой литературы

1. Белоусова Е.Д. [Русский медицинский журнал. "Проблема комплаентности у пациентов, страдающих эпилепсией"](#), 2008
2. Беркинбаев С. Ф. Гипертоническая болезнь: этиология, патогенез, гипертония у пожилых. Врач, 2000. № 7.
3. Жолондз М. Я. Новый взгляд на гипертонию: причины и лечение. — М.: Питер, 2011
4. Лабезник Л., Комиссаренко И., Милюкова О. и др. Артериальная гипертония у пожилых //Врач, 2000. № 7. С. 25-27.
5. М. Я. Жолондз. Новый взгляд на гипертонию: причины и лечение. — М.: Питер, 2011. — С. 192.
6. Ольбинская Л., Боченков Ю., Железных Е. Фармакотерапия больных гипертонической болезнью с метаболическим синдромом //Врач, 2001. № 1.
7. Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертонии в Российской Федерации. Первый доклад экспертов Научного общества по изучению артериальной гипертонии, Всероссийского научного общества кардиологов и Межведомственного совета по сердечно-сосудистым заболеваниям (ДАГ 1). Русский медицинский журнал 2000;
8. Старостина Е.Г. ["Психические расстройства и комплаентность"](#), Москва., 2011год. – С. 10
9. [Сыркин А.Л., Медведев В.Э., Копылов Ф.Ю., Висуров С.А.](#) Влияние патохарактерологических расстройств на течение гипертонической болезни. — Журнал Врач. — М., 2007.
10. [http://www.medlibrary.ru/library/?rubric_id=38&item_id=4637&chapter_id=17491&level_ =](http://www.medlibrary.ru/library/?rubric_id=38&item_id=4637&chapter_id=17491&level_=)
11. <http://www.ref.by/refs/50/37468/1.html>

Оптимизация двигательной активности в формате кинезотерапии пациентов, перенесших ишемический инсульт

*Сергеева О.Б. врач высшей категории, к.м.н.
ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»
Йошкар-Ола, Республика Марий Эл*

Необходимо уточнить понятие "двигательная активность" - "это естественная и специально организованная двигательная деятельность человека, обеспечивающая его успешное физическое и психическое развитие".

Потребность в движении является одной из общебиологических потребностей организма, и играет важную роль в жизнедеятельности и формировании человека на всех этапах его эволюционного развития. Развитие человека происходит в неразрывной связи с активной мышечной деятельностью.

Двигательная активность принадлежит к числу основных факторов, определяющих уровень обменных процессов организма и состояние его костной, мышечной и сердечно-сосудистой системы. Она связана тесно с тремя аспектами здоровья: физическим, психическим и социальным и в течение жизни человека.

Потребность организма в двигательной активности индивидуальна и зависит от многих физиологических, социально-экономических и культурных факторов. Уровень потребности в двигательной активности в значительной мере обуславливается наследственными и генетическими признаками.

Минимальный уровень ДА позволяет поддерживать нормальное функциональное состояние организма. При оптимальном достигается наиболее высокий уровень функциональных возможностей и жизнедеятельности организма.

Доказано, что регулярные аэробные ФТ в программах кардиологической реабилитации снижают сердечно-сосудистую смертность (на 30%), смертность от 8 всех причин (на 20%), потребность в госпитализации (на 60%) и риск повторного ИМ (на 17% за год). Воздействие оптимального режима ФА и аэробных ФН (умеренной интенсивности) на физическое состояние граждан, имеющих ограничения в состоянии здоровья, проявляется в следующих эффектах: достижение достаточного уровня физической тренированности, улучшение липидного спектра крови: снижаются уровни общего холестерина.

Доказано, что регулярная ФА в течение 150 мин в неделю снижает на 40%, риск возникновения инсульта.

Возникновение ряда сердечнососудистых заболеваний (в первую очередь атеросклероза, коронарной недостаточности, гипертонической болезни) во многом зависит от комплекса факторов, тесно связанных с образом жизни человека.

Достаточная систематическая физическая активность создает парасимпатическую настройку организма, снижает уровень гемодинамики в покое,

улучшает условия питания миокарда, обеспечивая более полную мобилизацию при нагрузке и быстрое восстановление, и является, таким образом, важным условием предотвращения заболеваний кровообращения и лучшей компенсации при их возникновении.

Мы изучали значение прямой и обратной мотонейронной активности через непосредственное влияние ретикулярной системы в патогенезе сосудистой патологии

Мышечная деятельность в процессе специальной физической тренировки, нормализуя электролитно-стероидный обмен, предохраняют сердечную мышцу от пагубного действия внезапных стрессов и ослабляет их действие, уменьшая возможность образования некоронарогенных метаболических некрозов. Под влиянием систематической мышечной деятельности организм адаптируется к воздействию стрессоров.

Поток раздражений с проприорецепторов мышц обуславливает вегетативную перестройку - активизацию окислительно-восстановительных процессов, более рациональное и полное использование тканями кислорода и энергетических ресурсов, более полное выведение из организма продуктов распада.

Повышение интенсивности окислительных процессов в тканях обеспечивается не только соответствующими реакциями в кровообращении и дыхания, но и изменением системы гистохимических барьеров. При физических нагрузках повышается фильтрация жидкостей и белков, увеличивается поступление кислорода в ткани, ускоряется резорбция, улучшается утилизация, что обусловлено преимущественно действием проприорецептивных импульсов с работающей мускулатуры, улучшаются условия гемодинамики и значительно повышаются потенциальные возможности кровообращения, развивается коллатеральное кровообращение, увеличивается степень соответствия минутного объема циркуляции крови состоянию периферического сопротивления - всё это обеспечивает тенденцию к снижению артериального давления, воздействует на упруго-вязкие свойства сосудов, увеличивая эластичность их стенки и регулируя тонус мускулатуры, улучшает свертывающую и антисвертывающую систему крови.

Двигательная деятельность активизирует синтез нуклеиновых кислот и структурных белков клеток, что увеличивает функциональные возможности генетического аппарата клеток, совершенствует пластическое обеспечение и замещение структур при интенсивной деятельности органов.

В результате лечебной физической тренировки достигается:

- нормализация артериального давления.
- увеличение эффективности работы сердца.
- улучшается трофика миокарда, восстановление его поврежденных структур.

- укрепляют иммунную систему, подавляет воспалительный процесс в организме.
- способствуют улучшению микроциркуляции и периферической циркуляции (кровотоку в средних и мелких сосудах), что особенно важно при сердечной недостаточности.
- снижают уровень холестерина, триглицеридов, глюкозы крови – улучшают жировой и углеводный обмен, что очень важно при любом сердечно-сосудистом заболевании.
- уменьшают стрессовую реакцию организма в ответ на болезнь. Занятия спортом представляют собой «хороший» стресс, в результате которого организм начинает лучше реагировать на «плохие» стрессы (подъем артериального давления, пароксизмы нарушений ритма, приступы ишемии миокарда).

Доказано, что физические нагрузки в группе пациентов старше 40 лет дают явный эффект в виде повышения активности противосвертывающей системы крови. Это позволяет снизить риск тромбозов и тромбоэмболий, инфаркта миокарда и инсульта.

Физические нагрузки способствуют замедлению атеросклероза, способствуют выработке в мозге серотонина, эндорфинов и энкефалинов – «гормонов счастья». Это помогает предотвратить депрессию (скрытая и явная депрессия наблюдается более чем у 60% пациентов с болезнями сердца!), а также создать положительный эмоциональный настрой, очень важный для хорошего самочувствия, стремления к улучшению здоровья, аккуратному выполнению врачебных рекомендаций.

Комплекс упражнений для профилактики сердечнососудистых заболеваний:

№	Исходное положение	Описание упражнений	Количество повторений	Особенности
1	Стоя	Ходьба на месте	30 сек	Дыхание произвольное
2	Стоя	Вдох: Подняться на носки, сжать кисти рук в кулак Выдох: Вернуться в и.п.	8 раз	Вдох через нос
3	Стоя	Вдох: Подняться на носки, сжать кисти рук в кулак и привести к плечам Выдох: Вернуться в и.п.	8 раз	То же
4	Стоя, кисти рук – к плечам	Вдох: Подняться на носки, поднять руки вверх Выдох: Вернуться в и.п.	8 раз	Избегать глубокого вдоха
5	Стоя	Вдох: Поднять руки вверх Выдох: обхватить правую ногу, согнутую в коленном и тазобедренном суставе. То же с другой ногой	По 4 раза	То же

6	Стоя	Вдох: Подняться на носки, поднять руки вверх Выдох: Присесть	8 раз	То же
7	Стоя, кисти рук приведены к плечам	Вдох: Поднять правую руку вверх, повернуть корпус вправо, отвести левую ногу назад Выдох: Вернуться в И.П.. То же в другую сторону.	По 4 раза	То же
9	Стоя	Ходьба на месте.	20 сек	Уменьшать глубину дыхания

Управление факторами риска как основа профилактики сердечно-сосудистых заболеваний - от теории к практике

*Слупская Ирина Васильевна, преподаватель ЦМК терапевтического профиля
ГАПОУ СО «Саратовский областной базовый медицинский колледж»*

По данным ВОЗ сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) по прежнему являются доминирующими среди причин смерти во всем мире и в этом ряду смертность от ИБС занимает ведущее место [1].

Последние данные, касаемые смертности от ССЗ в мире, указывают на лидирующую позицию России среди других стран [2].

В настоящее время мы все чаще говорим о «суперсмертности» от ССЗ в России и не случайно 2015г. был объявлен годом борьбы с ССЗ.

Столь угрожающе высокая смертность не может не отразиться на ожидаемой средней продолжительности жизни населения, и действительно, в России она самая короткая в Европе, и одна из наиболее коротких в мире. К примеру, в Японии средняя продолжительность жизни мужчин составляет 87 лет, в странах Евросоюза – 80 лет, а в России – 71 год. Важным моментом является так же высокая смертность в России людей трудоспособного возраста, что не может не отражаться, в том числе, и на эффективности производства в стране [2].

Все эти факты послужили основой для создания универсальной концепции развития основных ССЗ, инвалидизирующих людей и являющихся причиной их смерти – концепции сердечно-сосудистого континуума, предложенной в конце XXВека Е. Браунвальдом.

Сердечно-сосудистый континуум – это цепь, связанных между собой событий от факторов риска (ФР) к развитию атеросклероза и заболеваний с ним связанных, таких, как инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, и в конце этого континуума – неизбежная смерть больного.

Важно помнить о необратимости континуума и, однажды, пациент, ставший на этот путь, может двигаться по нему только в одном направлении – к развитию ССЗ и смерти от них. И все наши усилия, весь арсенал лекарственной терапии и хирургических вмешательств, могут лишь замедлить это движение, но никогда не остановить его. И лишь воздействуя на основные ФР, мы сможем существенно затормозить или остановить развитие основных ССЗ, и от нас зависит, проскачет ли больной этот путь за несколько лет или будет медленно двигаться по нему десятилетия.

Сегодня, в XXI веке, мы говорим о концепции ФР, как основы всех ССЗ.

Выделяют неуправляемые (немодифицируемые) ФР, такие как пол, возраст, наследственность. Но основное внимание уделяется, так называемым, модифицируемым, т.е. управляемым ФР, которыми мы можем управлять.

В настоящее время известно около двухсот факторов риска и с каждым годом открываются все новые, однако, их вклад в смертность от ССЗ существенно отличается.

Итоги проводимой диспансеризации показывают, что практически полностью здоровы и не имеют никаких опасных ФР только 30 % россиян, а более 40% взрослых имеют как минимум одно хроническое заболевание и требуют постоянного наблюдения и лечения.

Эти данные согласуются с недавно проведенном крупном исследованием ЭССЭ - РФ (Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах Российской Федерации), которое указывает на высокую распространенность сердечно-сосудистых ФР в различных регионах России. Так, повышенное АД встречалось в среднем у 33,8% населения, ожирение у 29,7%, повышенный уровень общего холестерина у 57,6%, нарушения углеводного обмена встречалось у 4,6% населения, отмечен высокий уровень табакокурения – 25,7%, недостаточный (низкий) уровень физической активности – 38,8%, недостаточное потребление овощей и фруктов у 41,9% взрослого населения [3].

Сегодня становится очевидным, что наша жизнь существенно изменилась, с точки зрения концепции ФР. И если в начале XX века сердечно-сосудистая смертность (ССС) в мире составляла менее 10% от всех смертей, то уже в начале XXI века СССР являлась причиной половины всех смертей в развитых странах и четверти - в развивающихся. И причиной тому является современный образ жизни.

Мы все живем в токсическом окружении - часто встречаем на улицах «пивные животики», едим перед телевизорами, мы совсем перестали ходить пешком и все чаще едим высококалорийную пищу, причем в любое время суток. И надо заметить, что в последние годы, калорийность пищи существенно изменилась в сторону ее увеличения.

Следует понимать, что все основные ФР оказывают свое неблагоприятное влияние не изолированно - они тесно взаимосвязаны между собой и усиливают неблагоприятные действия друг друга, что в настоящее время объединяется понятием метаболического синдрома (МС).

Уже в 70-х годах XX века такое сочетание факторов риска, как ожирение, артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия и сахарный диабет назывались смертельным квартетом, указывая на важнейший вклад этих факторов в развитие ССС.

По данным исследования EUROASPIRE (European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events), частота выявляемости МС среди населения по разным критериям его диагностики достигает 72% у женщин и 60% у мужчин.

Недаром эксперты ВОЗ говорят о новой угрозе, которая стоит перед человечеством и это не эпидемия атипичной пневмонии, не СПИД или вирусный гепатит, эксперты говорят о новой пандемии XXI века, которая называется МС.

В ряде исследований было показано, что МС существенно увеличивает риск не только сердечно-сосудистой, но и общей смертности, и, чем больше компонентов включает МС, тем выше риск развития ССЗ.

И в этой связи трудно переоценить значение профилактики.

Более трети от общего числа смертей по всему миру являются следствием осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы и более половины летальных исходов и инвалидностей в связи с ИБС и инсультами могли бы быть предотвращены при должном внимании к основным ФР.

По данным крупнейшего регистра REACH (REduction of Atherothrombosis for Continued Health), в котором обследованы более 67 тыс. пациентов с ССЗ из 44 стран мира, включая Россию, АГ, ожирение и гиперлипидемия – наиболее распространенные ФР у пациентов ИБС в России.

Но все же, АГ является лидирующим во всем мире ФР смерти, превосходя в этом табакокурение, гипергликемию, низкую физическую активности и избыточную массу тела и ожирение [1].

По оценкам ВОЗ, высокое систолическое АД ответственно за 51% случаев смерти от инсульта и 45% случаев смерти от ИБС. Но при этом так же показано, что даже незначительное снижение АД (всего лишь на 10 мм рт.ст.) приводит к существенному (на 42%) снижению риска развития инсульта и на 36% уменьшит риск ССС [4].

Моделью эффективности проведения популяционной стратегии профилактики атеросклероза является исследование, проведенное в США и Финляндии в 60-70-х годах прошлого века.

В этих странах за два десятилетия достигнут феноменальный успех. Благодаря проведенной государственной программе профилактики и лечения атеросклероза и его осложнений в течение 20 лет смертность от ИБС и других сердечно-сосудистых причин ежегодно уменьшалась на 2-3% и за 20 лет снижение достигло 50%. Примечательно, что динамика смертности сердечно-сосудистых заболеваний шла параллельно с изменением среднего уровня холестерина в крови у взрослого населения. Иными словами, уменьшение среднего уровня холестерина крови у среднего американца на 1% приводило к снижению смертности от кардиальных причин на 3% и более, а 15% снижение уровня холестерина – на 50%.

Таким образом, одним из действенных компонентов в программах профилактики атеросклероза в зарубежных странах явился контроль за уровнем холестерина, поскольку выявлена прямая тесная связь между уменьшением уровня холестерина и снижением смертности от ССЗ.

Итак, только в России констатируется высокая смертность и самая короткая в Европе. Среди других экономически развитых стран средняя продолжительность жизни. И это происходит, несмотря на то, что методы профилактики, позволяющие достоверно увеличить выживаемость больных, на сегодняшний день достаточно разработаны. В чем же причина? Она заключается в очень большой дистанции между знаниями медицинских работников, знакомых с большинством или всеми современными исследованиями и научными разработками, и реальным воплощением этих результатов в практическую деятельность.

Оценка сердечно-сосудистого риска – это первый шаг к управлению своим риском и для этой цели в последние годы широко применяется таблица оценки сердечно-сосудистого риска SCORE, оценивающая десятилетний риск возникновения фатальных сердечно-сосудистых осложнений. Специально для российских пациентов была разработана таблица с учетом преобладания основных ФР в нашей стране.

Широкое применение указанной шкалы в практике медицинских работников первичного звена здравоохранения позволит не только оценить сердечно-сосудистый риск, но и разработать профилактические программы модификации выявленных ФР.

Таким образом, здоровый образ жизни, своевременное выявление и управление своими ФР это путь к сохранению здоровья и долголетия.

Литература:

1. WHO. The World health statistics 2012 report: [Электронный ресурс]–URL: http://who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf (дата обращения: 22.03.2016).

2. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Демографические тенденции в Российской Федерации: вклад болезней системы кровообращения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2012;11(1): 5-10).
3. Муромцева Г.А. и др. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012-2013гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2014; 13(6): 4–11.
4. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organisation 2009.

КУРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

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

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет курение табака как глобальную угрозу для населения всего мира. В настоящее время в мире каждые 6 секунд умирает 1 человек от заболеваний, связанных с курением табака, а ежегодно по этой причине уходят из жизни 5 миллионов человек. К 2020 году, если нарастание распространенности курения не остановится, ежегодно преждевременно будут умирать 10 миллионов человек.

Курение – значимый фактор риска в развитии хронических болезней органов дыхания, атеросклероза, хронической ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, новообразований различной локализации. Согласно статистике курящие, по сравнению с некурящими, в 13 раз чаще страдают ишемической болезнью сердца (ИБС), в 12 раз – инфарктом миокарда (ИМ), в 10 раз – язвенной болезнью желудка, в 30 раз – раком легких.

Частота курения в России – одна из самых высоких среди индустриально развитых стран. Так 63% мужчин и около 15-20% женщин являются регулярными курильщиками. Женщины более чувствительны к действию курения. На один год сокращают продолжительность жизни каждые 3 сигареты в день для мужчин и каждые 2 сигареты в день для женщин. У женщин, особенно старше 35 лет, курящих и принимающих оральные контрацептивы, повышается риск сердечного приступа, инсульта, венозной тромбоэмболии.

Пассивное курение повышает риск ИБС и другой связанной с курением патологии. До 60 000 смертей от патологии сердца ежегодно связаны с пассивным курением. Курение является ведущей причиной не только ИБС, но и цереброваскулярной патологии, поражения периферических артерий, аневризмы

брюшного отдела аорты. Приблизительно 20% всех смертей от сердечно-сосудистой патологии связаны с курением. Среди курильщиков чаще встречаются аневризма брюшного отдела аорты, окклюзионное поражение артерий конечностей, стеноз

Курение в 3 раза увеличивает риск мозгового инсульта, как ишемического, так и геморрагического, а также транзиторных ишемических атак. Согласно отечественным данным, атрибутивный риск смерти от инсульта у курящих мужчин составляет 21,4%, у женщин – 9,9%. Влияние курения на прогрессирование атеросклероза больше у больных сахарным диабетом (СД) и артериальной гипертензией (АГ). Курение ассоциируется с инсулинорезистентностью, повышением уровня маркеров воспаления (С – реактивного белка, фактора некроза опухолей – α , интерлейкина – 8, межклеточных молекул адгезии ICAM – 1), гипергомоцистеинемией.

Патофизиологические механизмы связи курения с ИБС условно принято разделять на две группы: ускорение прогрессирования атеросклероза и провоцирование острых коронарных событий. Действие никотина проявляется повышением АД и частоты сердечных сокращений после выкуривания сигареты, в усилении сокращений сердечной мышцы и потреблении кислорода миокардом. Никотин оказывает неблагоприятное влияние на липидный обмен, увеличивает в сыворотке крови концентрацию глюкозы, кортизола, свободных жирных кислот, антидиуретического гормона. Под влиянием никотина нарушается функция эндотелия, активируется агрегация тромбоцитов, снижается порог фибрилляции желудочков.

Курильщики употребляют больше алкоголя, кофе, чая, чем некурящие. Масса тела и АД у них немного меньше, но ЧСС несколько больше, чем у некурящих людей. У курящих женщин менопауза наступает в более молодом возрасте. У курильщиков снижена величина максимально переносимой нагрузки и наблюдаются нарушения иммунной системы.

При отказе от курения, у относительно здоровых лиц (без диагностированной сердечно – сосудистой патологии), независимо от возраста и пола, сердечно – сосудистый риск существенно и достаточно быстро уменьшается. Через 10 -14 лет общий риск сердечно – сосудистых заболеваний снижается до уровня никогда не куривших. Добавочный риск ИМ уменьшается вдвое уже в первые 2 года. Аналогичное снижение риска отмечается и для мозгового инсульта.

Отказ от курения ведет к более быстрому снижению риска будущих коронарных событий у лиц с уже диагностированной ИБС, чем у асимптомных пациентов: у больных ИБС риск снижается в первые 2-3 года. После перенесенного ИМ отказ от курения вдвое уменьшает смертность и вероятность повторного ИМ, независимо от пола и возраста, оказываясь одной из наиболее эффективных мер

вторичной профилактики.

Отказ от курения приносит пользу вне зависимости от предшествующего стажа курения в любом возрасте, снижая смертность и заболеваемость, в том числе сердечно – сосудистую, даже у лиц старше 60-65 лет.

Основы политики ВОЗ по борьбе с курением

В рамках международной деятельности, направленной на борьбу с курением, выделяется Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (2003 г.). По мнению ВОЗ, если тенденция употребления табака не изменится, то к 2030 году курение будет основной причиной смертности.

Сложность борьбы с курением заключается в том, что сигареты пользуются большим спросом среди потребителей. Табачные компании, получающие сверхприбыли, выделяют существенные суммы на рекламу своей продукции. Производство и продажа сигарет обеспечивает часть экономического сектора ряда стран.

Политика ВОЗ по борьбе с курением складывается из 2-х основных направлений:

1. *Профилактика курения.* Ее основой является просветительская работа с детьми и подростками, так как большинство курильщиков попробовали свою первую сигарету в подростковом возрасте. Это работа на будущее, что делает ее особо значимой. Результат деятельности в этом направлении можно будет оценить только через 30-40 лет, анализируя смертность и заболеваемость целого поколения.

2. *Прекращение курения среди курильщиков.* Результаты данной программы должны быть заметны уже в течение нескольких лет. Как показывают данные опроса, курильщикам легче бросить курить, если они информированы о вреде курения.

Кроме того, ВОЗ предлагает повысить налоги на обращение сигарет, ввести ограничения на их рекламу, продажу и употребление.

Пять методов прекращения курения, которыми лучше не пользоваться

1. *Переход на мягкие сигареты.* Обычно приводит к тому, что число выкуриваемых сигарет увеличивается.

2. *Гильзы с абсорбентами.* Сигаретный дым, проходя через специальный фильтр, освобождается от вредных веществ. При этом поглощается меньше смол и никотина. Но большинство курильщиков, подсознательно компенсируя это, затягиваются глубже и выкуривают сигарету практически до самого фильтра.

3. *Проколы сигареты.* Считается, что прокалывание иглой отверстий рядом с сигаретным фильтром помогает уменьшить потребляемую дозу никотина. Но специалисты обнаружили, что курильщики рефлекторно зажимают дырочки пальцами и дольше задерживают дым в легких.

4. *Гипнотическое внушение*. Утверждают, что с помощью гипноза можно вполне эффективно влиять на поведение и привычки, однако убедительных свидетельств успешного применения методов гипнотического воздействия на курильщиков нет.

5. *Иглоукалывание* – модный способ борьбы с курением. Но пока нет ни одного достоверного доказательства, что иглоукалывание помогает в этой борьбе.

Рекомендации по прекращению курения

Оценка статуса курения

Как показывают многие исследования, более 70% курящих людей, посещающих врачей разных специальностей, хотели бы отказаться от курения. Многие хотя бы один раз попробовали самостоятельно бросить курить, но возникающие симптомы отмены, с которыми пациенту тяжело справиться самостоятельно, приводили к неудаче.

Первый шаг в лечении табачной зависимости – выявление курящих лиц, оценка этого фактора риска и степени табачной зависимости, а также степени готовности к отказу от курения, т.е. оценка статуса курения. Результат этого шага – отнесение пациента к одной из 4 групп:

- постоянно курящие пациенты, твердо желающие бросить курить;
- постоянно курящие пациенты, не желающие бросить курить, но не отвергающие такой возможности в будущем;
- постоянно курящие пациенты, отвергающие возможность бросить курить;
- пациенты, курящие не регулярно.

Оценка типа курительного поведения

Типы курительного поведения

Курение табака относят к поведенческим характеристикам человека, тесно связанным с психосоматическими особенностями; это обуславливает сложность механизмов контроля и коррекции такого поведения.

«Курительное поведение» - комплексная характеристика индивидуальных особенностей поведения курящего, причины, характера курения и т.д., позволяющая вместе с другими характеристиками (возраст, пол, стаж и интенсивность, стадия курения, микросоциальная среда, психологическая готовность к отказу от курения) выбрать самый приемлемый подход к лечению табакокурения в каждом конкретном случае.

Для определения типа курительного поведения рекомендуется анкета, разработанная Д.Хорном. На основании этой анкеты выделяют курительное поведение шести типов: «стимуляция», «игра с сигаретой», «расслабление», «поддержка», «жажда», «рефлекс». Тип курительного поведения в большинстве случаев носит смешанный характер, но опрос по данной анкете позволяет выделить:

- доминирующий тип курения;
- ситуации привычного поведения;
- причины курения.

Диагностика типа курительного поведения помогает выбрать тактику при лечении табакокурения. Оценка статуса курения кроме определения типа курительного поведения также включает оценку:

- риска развития заболеваний в результате табакокурения;
- степени никотиновой зависимости;
- степени готовности бросить курить.

Оценка стажа курения

Стаж курения как фактор риска развития заболеваний оценивают по индексу курения, рассчитанному по формуле:

Индекс курения = (количество сигарет, выкуриваемых за день) × количество лет курения:20

Считают, что если данное значение превышает 25 пачек/лет, то больной может быть отнесен к «злостным курильщикам». Если этот показатель достигает значения 10 пачек/лет, то пациента считают «безусловным курильщиком». Бывшим курильщиком» пациента считают, если он прекратил курение 6 месяцев назад и более.

Оценка степени никотиновой зависимости

Чтобы оценить степень никотиновой зависимости, рекомендуют проводить опрос по тесту Фагерстрёма. Степень никотиновой зависимости необходимо знать, чтобы правильно выбрать тактику и метод отказа от курения.

Профилактика курения и помощь в отказе от курения

Индивидуальное консультирование медицинскими работниками улучшает показатели отказа от курения. В повседневной клинической практике могут быть использованы следующие элементы консультирования, в виде совета желающим отказаться от курения:

- установить дату отказа от сигарет, желательно, в ближайшие 2 недели;
- сообщить друзьям, членам семьи, сослуживцам о своем намерении бросить курить и попросить их о понимании и поддержке;
- предвидеть и по возможности избегать провоцирующие курение ситуации, особенно в первые 2-3 недели, быть готовым к проявлениям синдрома отмены;
- убрать сигареты, зажигалки, пепельницы из дома, машины, с рабочего места, постараться не курить в этих местах;
- рассмотреть предшествующие попытки отказа, определить, что тогда помогало и что вызывало повторное закуривание;

- помнить, что главное – абсолютный отказ от курения;
- учитывать, что алкоголь провоцирует рецидив курения;
- помнить, что присутствие в доме других курильщиков сильно затрудняет отказ от сигарет, и что при совместном отказе от курения выше вероятность успеха.

В соответствии с Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака введен в действие Федеральный закон от 23.02.2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака». Цель нового закона – снизить до 2020 г. Количество курильщиков в России с 39% до 25% взрослого населения страны. Закон вводит полный запрет курения в общественных местах.

Стандартный комплекс мероприятий, направленных на избавление табачной зависимости, включает: медикаментозную терапию (никотинзаместительную); психотерапевтические методы; физиотерапевтические методы.

Курильщик может позвонить по телефону **8-800-200-0-200** (звонок для жителей России бесплатный), сказать, что ему необходима помощь при отказе от курения, и его переключат на специалистов Консультативного телефонного центра помощи в отказе от потребления табака.

Список использованной литературы:

1. Двойников, С.И. Проведение профилактических мероприятий: учеб. пособие / С.И.Двойников, Ю.А.Тарасов, И.А.Фомушкина, Э.О.Костюкова / под ред. С.И.Двойникова. – М.: ГЭОТАР = Медиа, 2015. – 448 с. ISBN 978-5-9704-3538-0
2. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Рекомендации. Москва, 2013 г.
3. Школа здоровья. Факторы риска сердечно – сосудистых заболеваний. Руководство для врачей. Под редакцией акад. РАМН Р.Г.Оганова. Москва, 2009 г.
4. Ющук, Н.Д. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний: учебное пособие / Н.Д.Ющук, И.В.Маев, К.Г.Гуревич / под ред. Н.Д.Ющука. – М., «Практика», 2015. – 416 с., 64 ил. ISBN 978-5-89816-150-7