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

Материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной Всемирному дню сердца

Йошкар-Ола
29.09.2021

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»

Бурдин В.И. - заведующий УВО ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»

Материалы Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной Всемирному дню сердца (Йошкар-Ола, ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж», 2021 г.)

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

Материалы сборника адресованы работникам системы здравоохранения

Тексты не редактируются

Оглавление

Баклыкова А.В.	Роль питания при гипертонической болезни	4
Генанова А.С. *Жуленкова К.П.*	Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний	6
Дударь А.А. *Патрушева В.А.*	Деятельность медицинской сестры в вопросах профилактики факторов, провоцирующих обострение и осложнений стенокардии	9
Иванова Н.Ю.	Гипертоническая болезнь – социально значимое заболевание	14
Калинин Е.М. *Саблин Д.Ю.* *Мохнаткина Т.Ю.*	Современные методы диагностики артериальной гипертензии	17
Капранова Е.А.	Динамика кардиореспираторной системы у людей различной трудовой специализации	21
Кузьмина А.Н.	Сохраним сердце здоровым!	25
Мамаева А.Н.	Сердце и холод	27
Наговицина Е.В.	Повышение качества жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью	32
Панчихина М.И. *Шатунова Н.П.* *Матвеева А.А.*	Вспомним о сердце…	36
Садрисламова Л.Ф. *Матвеева А.А.*	Берегите Сердце!	39
Сибряева Л.А.	Причины и профилактика возникновения заболевания инфаркта миокарда	42
Сидоркина М.Ю. *Никитина И.Р.*	Гипертоническая болезнь у подростков и детей	45
Скворцова И.Е.	Формирование навыков здорового образа жизни через проект «Колледж – территория здоровья»	48
Трубилова И.Г.	Роль миокардиальных маркеров в диагностике инфаркта миокарда	51
Уразгильдина А.Г.	Организация школы здоровья при артериальной гипертензии	55

РОЛЬ ПИТАНИЯ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Баклыкова Анна Вячеславовна, преподаватель
ГАПОУ СО «Балаковский медицинский колледж»

На сегодняшний день тема питания при гипертонической болезни является актуальной, так как важнейшая роль в комплексном лечении гипертонии отводиться лечебному питанию.

Каждого человека, который желает получить от потребляемой пищи не только удовольствие, но и пользу, волнует вопрос, как питаться правильно. Ведь правильное и рациональное питание является залогом здоровья человека.

Всемирная Организация Здравоохранения предоставила данные о том, что от здорового питания на 60% зависит жизнь человека. Полноценная пища отвечает человеческим потребностям, поддерживает вес, укрепляет здоровье, обеспечивает необходимыми веществами.

С древних времен люди понимали огромное значение питания для здоровья. Мыслители древности Гиппократ, Цельс, Гален и другие посвящали целые трактаты лечебным свойствам различных видов пищи и разумному ее потреблению. Выдающийся ученый Востока Абу Али Ибн Сина (Авиценна) считал пищу источником здоровья, силы, бодрости.

И. И. Мечников полагал, что люди преждевременно стареют и умирают в связи с неправильным питанием и что человек, питающийся рационально, может жить 120-150 лет.

Человек устроен так, что его организм сам способен определить, какие продукты наносят ему вред, а какие пользу. Сбалансированное питание борется со многими заболеваниями, а отсутствие физической нагрузки, сложная экологическая обстановка, вредные привычки, психоэмоциональные перегрузки, потребление высококалорийной пищи, богатой углеводами, животными жирами, холестерином и содержащей большое количество поваренной соли приводят к развитию такого тяжелого заболевания как гипертония. Поэтому в таких случаях важно убедить больного в необходимости соблюдения здорового питания.

Установлено, что артериальной гипертонией страдают 20—30 % взрослого населения. С возрастом распространённость болезни увеличивается и достигает 50—65 % у лиц старше 65 лет.

Нарушение пищевого режима может ускорить развитие атеросклероза, который в свою очередь вследствие сужения просвета крупных сосудов вызовет гипертонию. Известно также, что нелеченая артериальная гипертония ведет к прогрессированию атеросклероза. В этом случае сочетание гипертонии и неправильного питания может еще более усугубить здоровье человека. Большое значение имеет соблюдение диетического режима в предупреждении и лечении

заболеваний почек, часто ведущих к появлению гипертонии. Характер питания может быть одним из факторов, предрасполагающих к гипертонии.

С целью выявления информированностиособенностей функционального питания при артериальной гипертензии, было проведено исследование на базеФГБУЗ СМЦ ФМБА России терапевтического участка № 5, из которого можно сделать вывод, что здоровое питание у данных респондентов не является одним их важных пунктов не медикаментозного лечения.

Так же стоит отметить, что большим способствующем фактором несоблюдению здорового питания является не только недостаточная информированность посетителей, но и недостаточность средств. На основе данного пункта было произведено подсчет денежнойсуммы, котораянеобходима для реализации здорового питания.

Для реализации данного анализа были использованы средние цены продуктов гипермаркета «Лента», по примерномусемидневному меню при артериальной гипертонии, которое было предложено респондентам. По подсчетам месячная затрата на здоровое питание на одного человека составило ≈13724 рубля, что является достаточно большой суммой т.к. средняя заработная плата по г. Балаково составляет от 12000 – 30000 рублей.

В результате всех полученных данных можно сделать вывод, что соблюдение здорового и рационального питания не все могут себе позволить, учитывая среднюю заработную плату по городу.

Чтобы люди могли успешно справляться со своимизаболеваниями и осложнениями, они должны знать, как можно больше о причинах, признаках, осложнениях и лечении заболевания, как медикаментозном, так и не медикаментозном. Помочь в этом населению может медицинская сестра, которая проведет беседы, касающиеся данных пунктов, т.е. о возможных осложнениях, признаках, причинах и лечении заболевания.

Необходимо изменить отношение посетителей к значимости соблюдения рационального питания при артериальной гипертензии. Это можно делать в лечебно-профилактических учреждениях, центрах медицинской профилактики, а также развивать в городах школы здоровья и т.д.

Список использованной литературы:

1. ГреллертФ. Энциклопедия правильного и здорового питания. Издательство: Зебра Е/Харвест, 2017 – 105 с.
2. Гурницкая Я. Энциклопедия природной медицины. / Я. Гурницкая // Медицинская энциклопедия. – М.: Медицина, 2016– 105 с.
3. Миддеке М.Снижение давления без лекарств. / М. Миддеке – пер. с

нем.//Поспишил Э., //Фелькер К. М.: Арнебия, 2017 – 248 с.
4. Пигулевская И. Питание при гипертонии. / И. Пигулевская. – М.: Центрполиграф, 2017 – 128с.
5. Питание при артериальной гипертонической болезни: Источник: по материалам книги Б.Л. Смолянского и В.Г. Лифляндского «Лечебное питание»
6. Информация по особенностям функционального питания при артериальной гипертензии, электронное издание [Электронный ресурс] // Режим доступа https://www.who.int/topics/hypertension/ru /
7. Информация по средней заработной плате города Балаково, электронное издание [Электронный ресурс] // Режим доступа http://www.admbal.ru/content/vakansii-iz-tsentra-zanyatosti-naseleniya-14

ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Генанова Алла Сергеевна, студентка группы № 326 СД х\д специальности Сестринское дело
Жуленкова Ксения Петровна, научный руководитель
ГБПОУНО «Нижегородский медицинский колледж»

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются основной причиной преждевременной смерти во всем мире. По данным эпидемиологических исследований, профилактика сердечно сосудистых заболеваний высоко эффективна, снижение смертности отИБС на 50% связано с воздействием на факторы риска и только на 40% с улучшением лечения.

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний представляет собой комплекс скоординированных мероприятий, направленных на все население или определенные группы населения для предупреждения развитияССЗ или минимизацию влияния ССЗ и связанной с ними инвалидности.

Известно, что профилактика сердечно-сосудистых заболеваний должна быть нацелена на продвижение здорового образа жизни. Развитие ССЗ тесно связано с факторами окружающей среды, включая климат и урбанизацию, с особенностями образа жизни и факторами риска.

Биологические факторы:

- Возраст, пол, наследственность (раннее развитие ССЗ у родственников), генетические факторы, способствующие возникновению гипертензии, толерантности к глюкозе, сахарному диабету и ожирению.

- Анатомические, физиологические и метаболические (биохимические) особенности: ожирение и характер распределения жира в организме, сахарный диабет.

Поведенческие факторы:

- Пищевые привычки, курение, двигательная активность, употребление алкоголя, подверженность стрессам.

Наличие даже одного из факторов риска увеличивает смертность мужчин в возрасте 50-69 лет в 3,5 раза, а сочетанное действие нескольких факторов - в 5-7 раз. Таким образом, для воздействия на факторы риска ССЗ, необходимо у каждого индивидуума мотивировать формирование здорового образа жизни.

Мероприятия, формирующие здоровый образ жизни и снижающие уровень факторов риска:

1. Отказаться от курения (не курящим от пребывания в помещениях для курения (пассивное курение)). Если человек выкуривает 5 сигарет в день - увеличивается риск смерти на 40%, если одну пачку в день - на 400%, то есть шансов умереть в 10 раз больше!
2. Соблюдать гипохолестериновую диету: снижение насыщенных жиров (уменьшение потребления жирных сортов свинины, введение в рацион питания мясо индейки, кролика, с низким содержанием холестерина), акцент на цельно зерновые продукты, овощи (рекомендуется до 5 порций в день), фрукты и рыбу. Следует использовать мягкий маргарин, подсолнечное, кукурузное, рапсовое или оливковое масла. Общее содержание жиров должно быть не более 30% общего энергетического состава, а содержание насыщенных жиров не должно превышать 1/3 всех потребляемых жиров.
3. Уменьшить потребление поваренной соли до 5 г/сутки. Сократить употребление продуктов, содержащих «скрытую» соль: копченые и вареные колбасные изделия, хлеб. Исследования ученых показали, что, если ограничить употребление соли, риск инфаркта миокарда и других сердечных катастроф может снизиться на 25 %. Очень полезно увеличить употребление продуктов, содержащих калий и магний (морская капуста, изюм, свекла, абрикосы, кабачки, тыква, гречка).
4. Снижать избыточный вес. Избыточный вес повышает риск развития ИБС и других заболеваний, связанных с атеросклерозом. Обращает на себя внимание тот факт, что более 12% населения вообще не знает своего веса. Распространенность избыточной массы тела увеличивается с возрастом. Причем, более опасно так называемое центральное ожирение (мужского типа), когда жир откладывается на животе. Риск ССЗ повышается у мужчин с окружностью талии больше 94 см и, особенно, при окружности больше 102 см, у женщин - соответственно больше 80 см и 88 см.
5. Контролировать АД. Поддерживать уровень АД не выше 140/90 мм рт. ст.
6. Увеличивать физическую активность. Не менее 150 минут в неделю средней аэробной (ходьба, плавание, велосипед) физической активности (по 30 минут в

день 5 раз в неделю) или 75 минут в неделю интенсивной физической активности или комбинация.

7. Контролировать показатели липидного обмена.
8. Ограничить приём алкоголя. Меньше 2 стандартных доз (1 доза - 12 г/18 мл этанола) в день для мужчин и меньше 1 стандартной дозы для женщин в день, что приблизительно соответствует 330 мл пива, или 150 мл вина, или 45 мл крепкого напитка.
9. Контролировать гликемию. Уровень гликированного гемоглобина < 6-6,5%.
10. Избегать длительных стрессовых ситуаций.

Контроль поведенческих факторов риска должен начинаться как можно раньше (с детского и подросткового возраста) и должен продолжаться в последующем. Пациенты считают медицинских сестер и врачей надежным источником информации о своем здоровье и хотят получить от них квалифицированную помощь в отказе от вредных привычек и стереотипов поведения. Изменить сложившиеся годами стереотипы поведения пациента – сложная задача. Необходимо придерживаться следующих принципов профилактического консультирования:

1.Установить хороший контакт с пациентом и добиться согласия на сотрудничество.

2. Выяснить мнение пациента о причинах его заболевания.

3. Выявить имеющиеся у пациента факторы риска и оценить кардиоваскулярный риск.

4. Разъяснить пациенту связь факторами риска с развитием ССЗ и их осложнений на понятном пациенту языке.

5. Выяснить готовность пациента к изменению образа жизни.

6. Составить поэтапный план модификации образа жизни.

7. Если коррекция одного из факторов риска невозможна по каким-либо причинам, в том числе субъективным, необходимо уделить большее внимание контролю других факторов риска.

8. У пациентов с низкой степенью готовности к изменению образа жизни (например, курящих или употребляющих алкоголь) целесообразно использовать мультидисциплинарный подход – привлекать к консультированию психологов, психотерапевтов, диетологов и др. Эффективность любых профилактических мероприятий повышается при вовлечении в них семьи пациента.

Даже небольшие изменения, внесенные в образ жизни, могут замедлить преждевременное старение сердца и сосудов. Никогда не поздно начать вести здоровый образ жизни. После появления у человека признаков ИБС факторы риска продолжают действовать, способствуя прогрессированию заболевания и ухудшая

прогноз, поэтому их коррекция должна быть составной частью тактики лечения.

Профилактика признана на сегодняшний день приоритетным элементом медицинской помощи.

Список литературы:

1. Анджапаридзе О.Г., Червонский Г.И. Профилактика Сердечно-сосудистых заболеваний. М.: Медицина, 2019. - 103 с.
2. Богданова Г.Н., Беляев С.Е. Распространенность сердечно-сосудистых заболеваний // Педиатрия. -2018. -№ 4. -С.49-52.
3. Джумагазиев А.А., Силмщёва Н.Н., Безрукова Д.А. Количественное значение факторов риска возникновения врождённых пороков сердца: Материалы IX съезда педиатров России. М., 2018. - С. 183-184.
4. kardiovaskulyarnaya-profilaktika.pdf (gnicpm.ru)

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ВОПРОСАХ ПРОФИЛАКТИКИ ФАКТОРОВ, ПРОВОЦИРУЮЩИХ ОБОСТРЕНИЕ И ОСЛОЖНЕНИЙ СТЕНОКАРДИИ

Дударь Анна Алексеевна, студентка специальности 34.02.01 Сестринское дело
Патрушева Валентина Александровна, преподаватель, заведующий отделением
КОГПОБУ «Кировский медицинский колледж»
Киров, Кировская область

Актуальность данной темы обусловлена тем, что в России, как и во всем мире, несмотря на проводимые лечебно–профилактические мероприятия, сердечно–сосудистая патология по–прежнему занимает первое местов структуре заболеваемости и смертности [3]. Сегодня ишемической болезнью сердца страдает более 17,3 миллионов человек на планете, это примерно 30% взрослого населения земного шара. По данным Росстата [март 2020] в стране с диагнозом ИБС находилось под наблюдением 7,4 миллионов человек. В нашей стране ишемическая болезнь сердца является самой частой причиной обращаемости взрослых в медицинские учреждения среди всех сердечно сосудистых заболеваний[3].

Цель исследования: определить объем деятельности медицинской сестры в вопросах профилактики факторов, провоцирующих обострение и осложнение стенокардии с целью составления рекомендаций.

При изучении темы поставлены следующие задачи исследования:

1. Изучить специальную современную медицинскую и научно–популярную литературу по теме исследования.
2. Выявить уровень информативности пациентов о факторах, провоцирующих

обострение и осложнение стенокардии.

3. Провести анализ и сравнениеметодов профилактики факторов, провоцирующих обострение и осложнение стенокардии с мнением пациентов.
4. Провести анализ деятельности медицинской сестры в вопросах профилактики факторов, провоцирующих обострение и осложнение стенокардии согласно требованиям нормативных документов и мнению пациентов.
5. Составить рекомендаций по профилактике факторов риска, провоцирующих обострение и осложнение стенокардии

В начале нашей работы мы выдвинули следующую гипотезу:рекомендации для пациентов по профилактике факторов, провоцирующих обострение и осложнение стенокардии, позволят пациентам восполнить уровень информированности о факторах риска, что в свою очередь позволит повысить мотивацию и заинтересованность в их профилактикеи изменению образа жизни, что в свою очередь обеспечит качество и продолжительность активной жизни людей без развития осложнений.

Объект исследования: методы профилактики факторов, провоцирующих обострение и осложнение стенокардии.

Предмет исследования: деятельность медицинской сестры в вопросах профилактики факторов, провоцирующих обострение и осложнение стенокардии.

Методы исследования:

– теоретические методы (содержательный анализ специальной медицинской и научно–популярной медицинской литературы, систематизация, обобщение, сравнение, моделирование).

– методы эмпирического исследования (анкетирование, наблюдение, объективный метод).

– количественный и качественный анализ результатов исследования.

Изучив специальную медицинскую литературу, мы можем сказать, что ишемическая болезнь сердца - поражение миокарда, вызванное нарушением кровотока по коронарным артериям. ИБС возникает в результате органических (необратимых) и функциональных (преходящих) изменений. Главная причина органического поражения – атеросклероз коронарных артерий. Стенокардия – одна из форм ИБС, выражающаяся чувством боли, давления и дискомфорта за грудиной.Факторы риска вызывающие обострения стенокардии: курение, употребление алкоголя, образ жизни носит стрессовый характер, чрезмерные физические нагрузки, гиподинамия, неправильное питание, несоблюдение рекомендаций по лекарственной терапии, несоблюдение рекомендаций врача по образу жизни. А факторы риска осложнений стенокардии являются: атеросклероз, сахарный диабет, тромбоэмболия, артериальная гипертензия[1,2,3]. Деятельность

медицинской сестры при данной патологии согласно назначениям и рекомендациям врачаопределяется следующими пунктами:

1. Информирование пациентов о сути заболевания,клинических особенностях патологии, правилах приема медикаментов,о факторах, провоцирующих обострение и осложнение стенокардии и их профилактике, о соблюдении адекватного режима питания, и физической активности.
2. Обучение пациентов:основам диетотерапии, правилам приема лекарственных препаратов, назначенных врачом, ведению дневника самоконтроля, который может спрогнозировать и снизить риски обострений и осложнений, методам саморефлексии при психоэмоциональном напряжении и стрессе.
3. Организациясистемного подхода: правильно осуществить модификацию образа жизни, который приведёт к снижению показателей заболевания, а также их обострений и осложнений[1].
4. Проведение профилактической и просветительской работыгрупп населения с целью профилактики обострений и осложнений данной патологии[3].

Для реализации поставленной цели нами было проведено исследование, методом анкетирования пациентов КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница». Всего в анкетировании приняли участие – 45 респондентов, из них 22 женщины и 23 мужчины. На вопрос: «С какого возраста у Вас поставлен диагноз – стенокардия?». На рис. 2 мы видим, что у40% респондентов отметили, что диагноз поставлен им в возрасте от 30–39 лет (из них 8 жен.(18%) и 10 муж.(22%), что свидетельствует об «омоложении» возраста развития стенокардии, а также о высоком уровне распространенности данного заболевания.Поэтому и возрастает роль первичной профилактики данной патологии, в которой активное участие принимает медицинская сестра. На рис. 2. мы видим ответы респондентов на вопрос: «Как часто у Вас бывают обострения раз в году или другие периоды?». Большинство 85% респондентов ответили, что обострение бывает от 1 до 2 раз в году (из них 19 женщин (42%) и 17 мужчин (43%). Данный факт говорит о том, что проблемы со здоровьем, протекающие в форме обострений и осложнений стенокардии и требующие обращения к врачу, возникают 1–2 раза в год. И снова возрастает роль медицинской сестры по формированию у пациентов высокой степени мотивации по отношению к своему здоровью и обязательному и регулярному соблюдению всех мер по профилактике обострений и осложнений заболевания соблюдения всех правил ЗОЖ.

[Полученные данные подтверждают теоретические данные Клинических рекомендации Ассоциации кардиологов России 2020, а также Национальное руководство Кардиология под редакцией акд. РАН Е.В Шляхто]

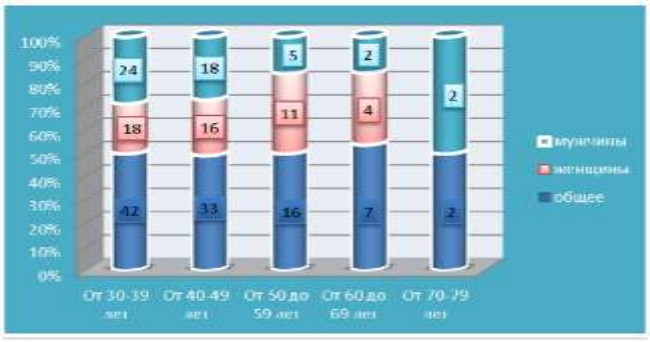


Рис. 1

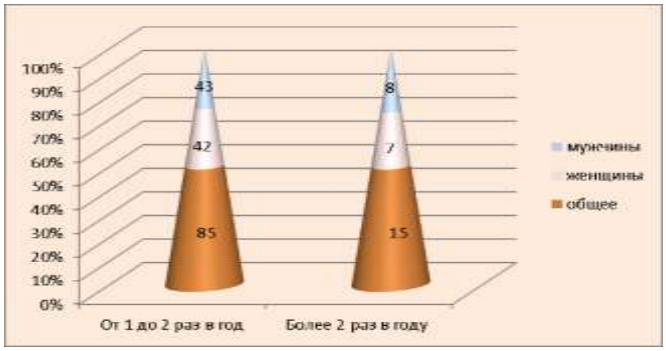


Рис. 2

По мнению самих же пациентов, у большинства опрошенных имеются проблемы с соблюдением необходимого при их заболевании образа жизни, что в свою очередь является главной причиной ухудшения их состояния и обращения к врачу.

Исходя из полученных данных на рис. 3.,следует отметить, что ухудшение состояния здоровья у пациентов чаще вызывают модифицируемые факторы (33%), которые легко исправить, соблюдая рекомендации врача по здоровому образу жизни. А (24%) вообще не соблюдают рекомендации врача тем самым мы можем сделать вывод о низком уровне мотивированности пациентов. Здесь сестринская помощь заключается в необходимости мотивировать пациентов вести дневник самоконтроля, что в свою очередь предотвратит ухудшение состояния и, как следствие, развитие жизнеугрожающих состояний.Было интересно по какой же причине респонденты не соблюдают все рекомендации врача. На рис. 4. мы видим, что большинство респондентов(20%), отметили, что хотели бы соблюдать рекомендации врача, но часто получается, что не всегда есть такая возможность из–за различных причин или из–за отсутствия времени.

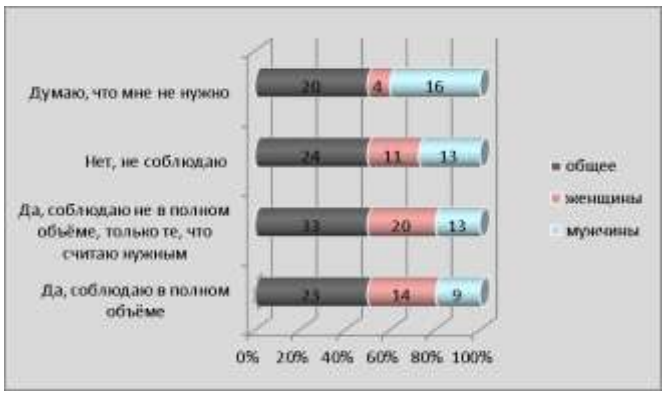


Рис. 3

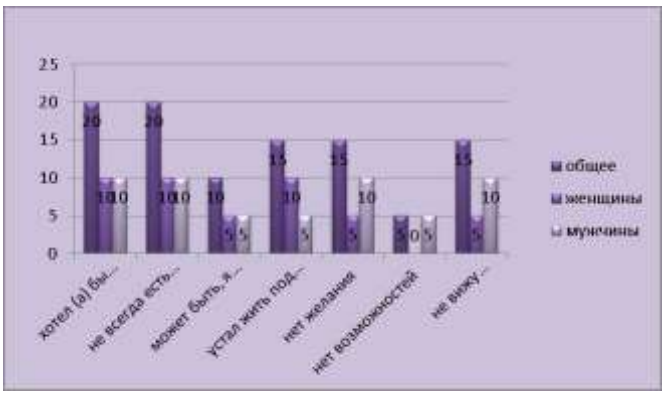


Рис. 4

Даже зная все рекомендации врача по профилактике провоцирующих факторов развития обострений и осложнений, респонденты отметили, что хотятпостоянно пополнять свой объем знаний современными методами их профилактики (42%).Данный вывод подтверждают данные рис. 5., где мы видим, что большинство респондентовзнают о таких методах профилактик какконтроль за

массой тела (профилактика ожирения и сахарного диабета)(81%), отказ от вредных привычек (курение, злоупотребление спиртными напитками) (67%), соблюдение рекомендаций врача по лекарственной терапии(62%), рациональное трудоустройство исключающее действие неблагоприятных факторов (избегать переутомление, исключить стресс) (55%), применение приемов саморефлексии(медитация, аутотренинги, фитотерапия, светотерапия, ароматерапия) позволяющие бороться со стрессом, волнением, психическими перегрузками) (47%), адекватная физическая нагрузка (физические усилия и ее оптимизация)(44%), профилактика сопутствующих патологий (атеросклероз, ожирение, сахарный диабет, артериальная гипертония, повышенный холестерин) (40%), сбалансированное питание (диета предусматривает употребление минимального количества углеводов, жиров и ограничение соли до 5 грамм в сутки), введение дневника самоконтроля артериального давления, уровня содержания глюкозы в крови, своевременных контроль за уровнем холестерина), что в свою очередь своевременно предотвратит обострение и осложнение стенокардии. И тем не менее, респонденты хотели бы расширить объём знаний по профилактики факторов, провоцирующих обострение и осложнение стенокардии, что обуславливает необходимость постоянного обновления разработанных ранее материалов.

[Проведенные исследования ГБОУ ВПО «Саратовского ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, кафедра поликлинической терапии - было установлено что, практически половина (44,2%) опрошенных знают о правильном образе жизни при своем заболевании, как стенокардия]

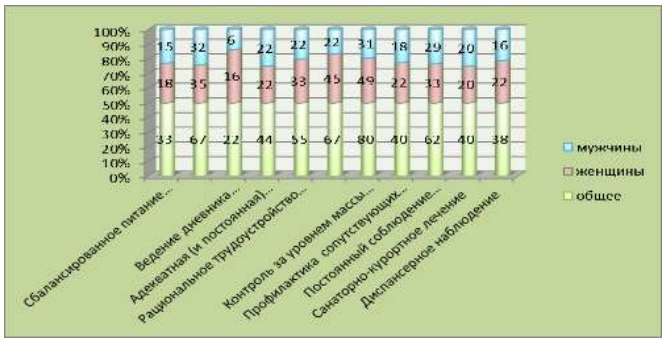


Рис. 5

Рис. 6

Большинство респондентов (89%) на вопрос об объеме деятельности медицинской сестры в организации сестринской помощи пациентам ответили, что она заключается в информированиипациентов об образе жизни (рис. 6).

Таким образом, проведенное нами исследование методом анкетирования пациентов со стенокардиямив Кировской областной клинической больнице выявило, что опрошенные пациенты недостаточно знают и не в полном объеме соблюдают основные элементы образа жизни при их заболевании. Поставленные нами в начале работы цель и задачи–решены, выдвинутая нами гипотеза – подтверждена.

Ишемическая болезнь сердца занимает лидирующую позицию в структуре

смертности от ССЗ.42% смертности приходится на трудоспособный возраст. Поэтому важно для профилактики прогрессирования ишемии чёткое выполнениерекомендаций врача и использование основных методов профилактики факторов, провоцирующих обострение и осложнение патологии. Деятельность медицинской сестры в их профилактике,очень ответственна, и требует от медицинской сестры глубоких теоретических знаний и практических навыков.

Список использованной литературы:

1. Э.В. Смолева. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи / Э.В. Смолева., под ред. к.м.н Б.В. Кабарухина. – Изд. 6–е. – Ростов н/Д.: Феникс, 2019. – 473, [1] с.: ил. – (Среднее профессиональное образование).
2. Терапия с курсом первично медико-санитарной помощи / Э.В. Смолева, Е.Л. Аподиакос. – изд. 9–е. – Ростов н/Д.: Феникс, 2018. – 652.
3. Всеросийское научное общество кардиологов. Национальные клинические рекомендации. Стабильная ишемическая болезнь сердца. –2019.

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ – СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Иванова Наталья Юрьевна, преподаватель
АПОУ УР «РМК МЗ УР»
Республиканский медицинский колледж имени героя Советского Союза Ф.А. Пушиной
Ижевск, Удмуртская Республика

На рубеже веков мир столкнулся с парадоксом: с одной стороны, эпидемия инфекционных заболеваний (туберкулез, СПИД и другие вирусные инфекции) не стихает, с другой стороны, число больных сердечнососудистыми заболеваниями, связанными с атеросклерозом, артериальной гипертензией неуклонно растет. По данным ВОЗ, в экономически развитых странах в структуре общей смертности 55 % занимает смертность обусловленная сердечнососудистыми заболеваниями. В России показатели смертности от сердечнососудистых заболеваний в 3,5 раза выше, чем в развитых странах Европы таких, как Финляндия, Дания и др.

Артериальная гипертензия является самым распространенным сердечнососудистым заболеванием, одной из глобальных проблем здравоохранения. В большинстве экономически развитых стран она достигает 25-30% среди взрослого населения. По прогнозам к 2030 г от сердечнососудистых заболеваний погибнет 23,6 млн. человек. По данным исследований, повышенное артериальное давление (АД > 140/90 мм рт. ст.) выявляется у 40 % взрослого населения России. Частота артериальной гипертензии увеличивается с возрастом. Высокое распространение

заболевание получило у детей и подростков. По результатам проведенных научных исследований в Нижегородской и Кировской, областях, республиках Татарстан и Чувашия, артериальной гипертензией страдает от 39% до 43% населения, что составляет около 13,5 млн. человек.

Причинами являются: высокая частота сердечнососудистых осложнений, приводящая порой к инвалидизации, низким уровнем эффективности терапии и недостаточной информированностью пациентов о своем заболевании.

Гипертоническая болезнь – хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является синдром артериальной гипертензии, не связанной с наличием патологических процессов. Основная опасность, связанная с артериальной гипертензией, заключается в поражении органов-мишеней: головного мозга, сердца, сосудов, почек и глаз.

Риск сердечнососудистых осложнений в значительной степени определяется уровнем артериального давления. У лиц 40-70 лет при повышении артериального давления на каждые 20/10 мм рт.ст. риск сердечнососудистых осложнений удваивается. Осложнения артериальной гипертензии (инфаркт миокарда, мозговой инсульт, почечная недостаточность) оказывают большое влияние на высокую заболеваемость и смертность от болезней системы кровообращения в нашей стране.

Сегодня повышенное артериальное давление рассматривается как один из наиболее мощных факторов повреждения сосудистой стенки. Не вызывает сомнения наличие тесной взаимосвязи между артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца. Как было показано Фрамингемским исследованием, артериальная гипертензия является независимым фактором риска развития ишемической болезни сердца, т.к. повышенное давление увеличивает риск развития инфаркта миокарда в 5-6 раз.

Следует помнить, что артериальная гипертензия в раннем периоде острого инфаркта миокарда является одним из основных факторов риска разрыва миокарда.

К наиболее частым осложнениям артериальной гипертензии относится мозговой инсульт, который в среднем в 3 раза чаще возникает у больных, страдающих артериальной гипертензией. По опубликованным данным, Россия занимает второе место в мире по частоте мозговых инсультов, тогда как США – двадцать седьмое место.

Артериальная гипертензия является наиболее частым фактором повреждения почечных структур, особенно у лиц старше 60 оет, приводящим к развитию почечной недостаточности.

Таким образом, артериальная гипертензия является важнейшей причиной, инициирующей целый каскад событий на клеточном и тканевом уровне. В связи с этим контроль артериального давления, позволяющий эффективно улучшать

прогноз сердечнососудистых осложнений, приобретает приоритетное значение.

Лечение артериальной гипертензии включает в себя реализацию медикаментозной и немедикаментозной терапии. Немедикаментозная программа снижения артериального давления может быть рекомендована всем пациентам независимо от тяжести артериальной гипертензии и медицинского лечения. К немедикаментозным мероприятиям относится: нормализация массы тела (прибавка в весе на 1 кг повышает АД на 1 – 2 мм рт. ст.); ограничение потребления соли (снижение потребления соли с 10 до 4,5 г.в суткиведет к снижению систолического АД на 4-6 мм рт. ст.); адекватное потребление калия, магния, кальция, ограничение употребления жиров животного происхождения;ограничение приема алкогольных напитков (до 20 - 30 г в сутки чистого этанола для мужчин, до 10 - 20 г в сутки для женщин); прекращение курения (повышает риск развития сердечных осложнений в 1,4 раза); повышение физической активности (снижает АД на 5 – 10 мм рт. ст.).

В нелекарственной коррекции гипертонии, особенно на начальных стадиях заболевания, важна роль веществ растительного происхождения, важна роль веществ растительного происхождения, которые способны стабилизировать давление за счет легкого сосудорасширяющего эффекта. Это настои и отвары травы сушеницы, соцветия гречихи, плоды рябины черноплодной, листья, цветы и плоды боярышника. Они способствуют нормализации ритма сердца, улучшают состояние эндотелия судов и липидный состав крови, благотворно влияют на ЦНС. Пациенту также целесообразно иметь фитопрепараты седативного действия, содержащие экстракты пустырника, валерианы, мелиссы, которые обладают также легким спазмолитическим эффектом, частично улучшают коронарное кровообращение и показатели артериального давления.

Принципы медикаментозного лечения заключаются в назначении антигертензивных средств. Дозы подбираются индивидуально под постоянным контролем АД. Обычно назначают всего четыре класса антигипертензивных препаратов: тиазидные и тиазидноподобные диуретики, арифон; вазоселективные антагонисты кальция продленного действия (амлодипин, лацидипин, ретардные формы нифедипина); антагонисты рецепторов ангиотензинаII (лозартан, вальсартан): бета –адреноблокаторы (пропранолол, бентаксолол, атенолол, бисопролол, карведилол, небиволол).

Во многих случаях лечения артериальная гипертензия подразумевает прием не одного, а нескольких лекарственных средств с разными типами действия для получения дополнительного гипотензивного эффекта и минимизации нежелательных реакций.

Благоприятного успеха в лечении и профилактике гипертонической болезни можно достичь при активном участии и заинтересованности самих пациентов.

Пациенту следует иметь четкие представление о своей болезни, осмысленно выполнять рекомендации по изменению образа жизни, придерживаться лечения, которое назначил врач, уметь самостоятельно контролировать течение заболевания, которое уже развилось и будет сопутствовать ему всю оставшуюся жизнь.

Только совместные усилия медицинского персонала и самих пациентов позволят остановить инфекционную пандемию артериальной гипертензии.

Библиографический список:

1. Логачева И.В. Старшее поколение: проблемы и надежды. Материалы научно-практической конференции «Современные аспекты лечения артериальной гипертензии», Ижевск, 2016
2. Трусов В.В., Филимонов М.А., Аксенов К.В. Современные аспекты лечения артериальной гипертонии: Учебное пособие.- Ижевск, 2017, 120 стр.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Калинин Егор Михайлович, специальность 31.02.01 Лечебное дело, 3 курс
Саблин Д.Ю., преподаватель, научный руководитель
Мохнаткина Т.Ю., преподаватель, научный руководитель
БПОУ ВО «Великоустюгский медицинскийколледж имени Н.П.Бычихина»

Артериальная гипертензия (АГ) – одно из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. По данным российских исследований установлено, что АГ на данный момент страдают около 30 – 40 % взрослого населения. С возрастом распространенность заболевания увеличивается и достигает 50 – 65 % у лиц старше 65 лет. Установлено, что мужчины чаще страдают АГ, нежели женщины.

Несмотря на достаточно эффективные методы лечения,гипертензия остается одной из наиболее значимых медицинских и социальных проблем. Это связано как с широким распространением этого заболевания, так и с тем, что повышенное давление способствует развитию тяжелых сердечно — сосудистых катастроф, приводящих к высокой смертности в России (инфаркт миокарда, мозговой инсульт).

Целью работы является изучение основных методов диагностики АГ.

Задачи:

1. На основе литературных данных изучить основные факторы риска, причины, классификацию, клиническую картину, диагностику АГ.
2. Проанализировать статистические данные по заболеваемостиАГ на основании годовых отчетов БУЗ ВО «Великоустюгская ЦРБ».

3. Изучить основные методы диагностики, используемые для постановки данного диагноза АГ в БУЗ ВО «Великоустюгская ЦРБ».

Объект исследования – пациенты с заболеванием АГ.

Предмет исследования – диагностика АГ.

Под термином «артериальная гипертензия»– подразумевают синдром повышения систолического артериального давления (САД) ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического артериального давления (ДАД) ≥ 90 мм рт. ст.

Гипертоническая болезнь -это патология сердечно-сосудистого аппарата, развивающаяся в результате дисфункции высших центров сосудистой регуляции, нейрогуморального и почечного механизмов и ведущая к АГ, функциональным и органическим изменениям сердца, ЦНС и почек.У отдельных пациентов АГ может протекать без клинической симптоматики длительное время. Первые жалобы бывают связаны с появлением сопутствующего клинического состояния.

Часто при повышении АД пациенты предъявляют неспецифические жалобы: головные боли в затылочной области, тяжесть в голове(это один из основных симптомов), головокружение, одышка при выполнении физической нагрузки, тошнота, рвота (без облегчения), сердцебиение, дискомфорт в проекции сердца, учащение сердечных сокращений и перебои в работе сердца, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, слабость, утомляемость, снижение работоспособности, нарушение сна.Затем поражаются органы–мишени. В первую очередь можем наблюдать развитие ретинопатии, соответственно пациенты могут жаловаться на снижение зрения - пелена, мелькание мушек и молний перед глазами, что связано со спазмом сосудов в сетчатке глаз; наблюдается прогрессирующее снижение зрения, кровоизлияния в сетчатку могут вызвать полную потерю зрения.У пациентов с симптоматической АГ дополняется клиника основного заболевания, в связи с которым происходит повышение АД.

В качестве лабораторных методов диагностики используются ОАК, ОАМ, биохимический (б/х) анализ крови, ЭКГ, эхокардиография, офтальмоскопия с исследованием глазного дна, УЗИ сердца, УЗИ органов брюшной полости, ЭЭГ, урографию, аортографию, КТ почек и надпочечников, СКАД, СМАД.

В работе рассмотрены статистические данные заболеваемости АГ по Великоустюгскому району по данным БУЗ ВО «Великоустюгская ЦРБ» за 2018-2020 годы.

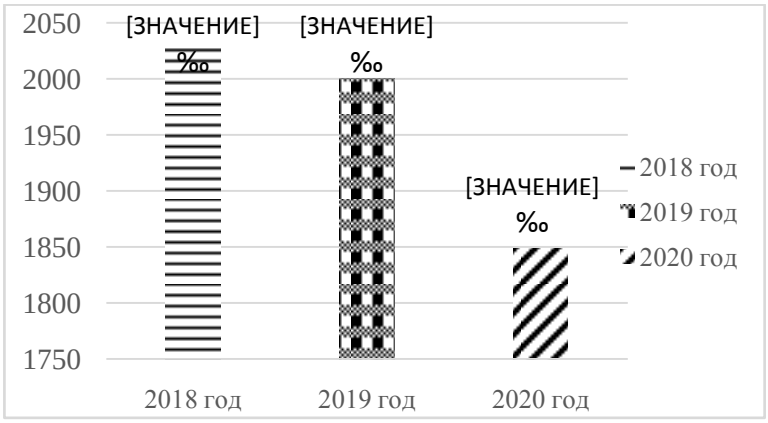


Рис.1. Статистические данные заболеваемости АГ по Великоустюгскому району за 2018-2020 годы (‰)

Наблюдаем снижение заболеваемости АГ по г. Великому Устюгу и Великоустюгскому району.Самая высокая заболеваемость АГ наблюдалась в 2018 году, в последующие годы отмечается спад заболеваемости.

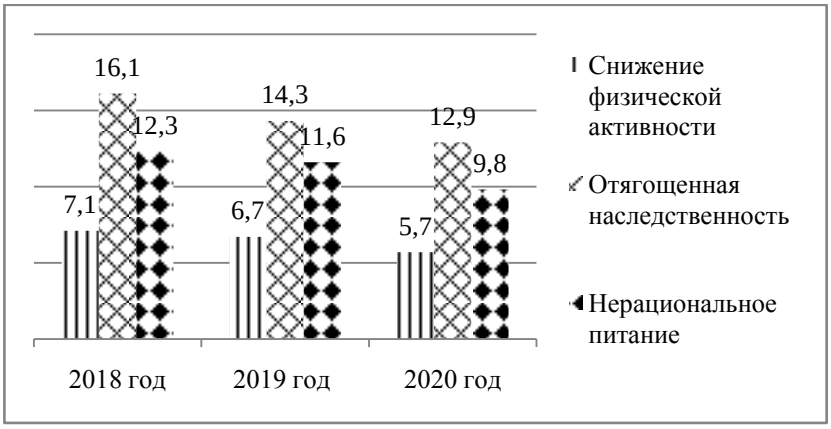


Рис. 2. Факторы, способствующие развитию АГ(%)

На рис. 2 видим, что основныепоказатели факторов риска идут на снижение, что говорит о хорошей профилактической работе среди населения.

При изучении историй болезней и амбулаторных карт выяснено, что для подтверждения диагноза использованы основные методы диагностики: ОАК, ОАМ, б/х анализ крови, СМАД, ЭКГ сделаны больным в 100% случаев. Остальные методы исследования представлены на рис. 3-5.

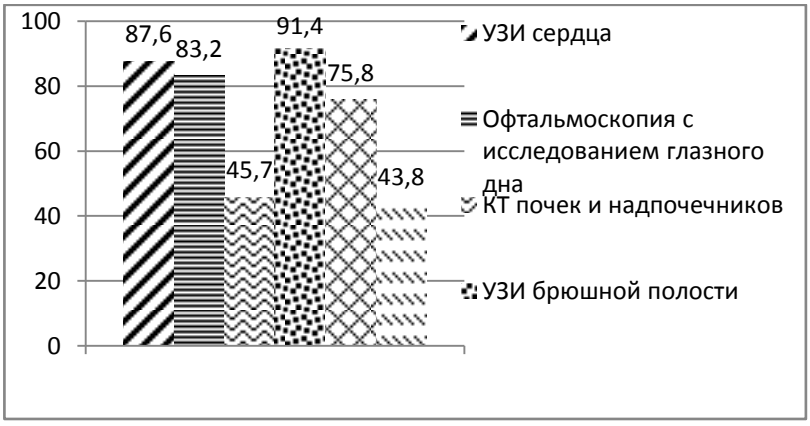


Рис. 3. Методы диагностики, используемые при АГ на базе БУЗ ВО «Великоустюгская ЦРБ» (%)

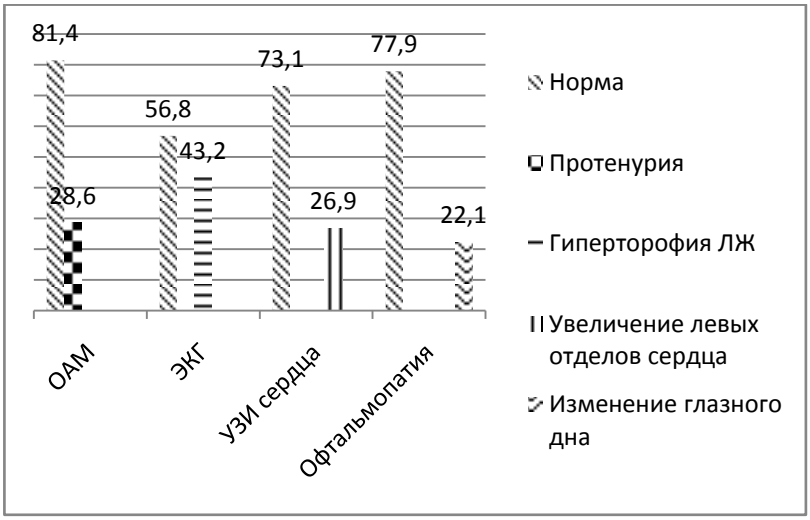


Рис.4. Основные изменения, выявленные при лабораторных и инструментальных методах диагностики АГ(%)

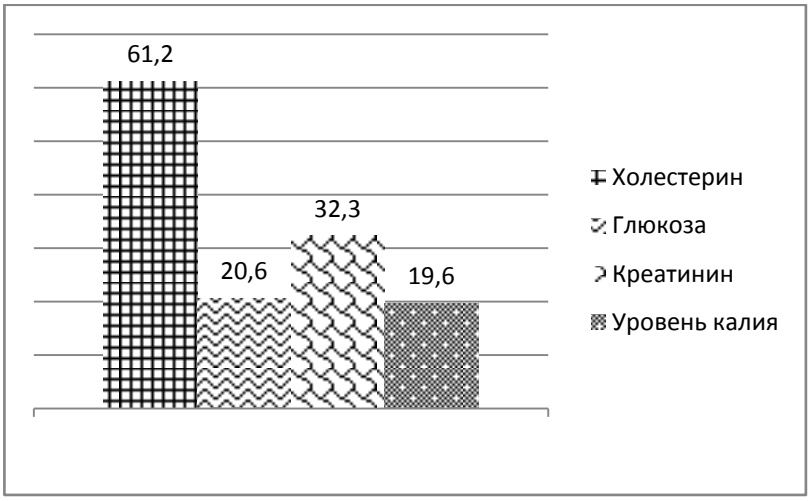


Рис.5. Изменения в б/х анализе крови у пациентов с АГ (%)

ОАМ у одной трети пациентов отмечается протеинурия. 100% больным сделана ЭКГ, примерно у половины больных выявляется гипертрофия левого желудочка. УЗИ сердца сделано 81,4% пациентам, при этом у 26,9% отмечается увеличение левых отделов сердца. При выявлении степени гипертонической ангиоретинопатии проводят офтальмоскопию, у 22, 1 % больных выявлены изменения на глазном дне.

При взятии б/х анализа крови чаще всего для подтверждения АГсмотрим содержание холестерина, глюкозы, креатинина, уровень калия. В большинстве случаев наблюдают повышение данных показателей.

Исследование показало, что на протяжении 2018-2020 годов по г. Великому Устюгу и Великоустюгскому району отмечается спад заболеваемостиАГ, обусловленный организацией профилактических мероприятий, нацеленных на работу с факторами риска развития АГ.

При диагностике АГ в 100 % случаев применяют такие методы диагностики, как ОАК, ОАМ, б/х анализ крови, СМАД, ЭКГ. При сомнительных результатах

используются метод офтальмоскопии с исследованием глазного дна, УЗИ сердца, СКАД, УЗИ брюшной полости, КТ почек и надпочечников, консультация узких специалистов: окулиста, невролога, офтальмолога, эндокринолога.

АГ чаще всего протекает с типичной клинической картиной.

Применяемые в БУЗ ВО «Великоустюгская ЦРБ» лабораторные и инструментальные методы диагностики соответствуют клиническим рекомендациям«Артериальная гипертензия у взрослых».

Список используемой литературы:

1. Клинические рекомендации: Артериальная гипертензия у взрослых 2020 г. [Электронный ресурс] [Клинические рекомендации] https://scardio.ru/content/Guidelines/Clinic_rek_AG_2020.pdf.
2. Гипертоническая болезнь и вторичные артериальные гипертензии [Текст] / Ред. М. С. Кушаковский. – М.: Медицина, 2018.
3. Капкан, М. Артериальная гипертензия [Текст] / М. Капкан. – М., 2018.
4. Мычка В.Б. Артериальная гипертония и ожирение // 2017; С18-21.
5. Круглов, В. И. Артериальная гипертония [Текст] / В. И. Круглов. - СПб.: Изд-во "Северо-Запад"; Ростов н/Д: Феникс, 2005. - 128 с. - (50 самых известных болезней). - Библиогр.: с. 124-125 (15 назв.).
6. Пшеницин, А. И. Суточное мониторирование артериального давления [Текст] / А. И. Пшеницин, Н. А. Мазур. - М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2007. - 216 с.: фото., табл. - Библиогр.: с. 197-216 (335 назв.).
7. Шустов, С. Б. Артериальная гипертензия в таблицах и схемах. Диагностика и лечение [Текст] / С. Б. Шустов, А. В. Барсуков. - СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2004. - 127 с.: табл. - Библиогр.: с. 117-124 (88 назв.).

ДИНАМИКА КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У ЛЮДЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ТРУДОВОЙ СПЕЦИАЛИЗАЦИИ

Капранова Екатерина Александровна, преподаватель
ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»
Арзамас, Нижегородская область

Исследования в области физиологии тесно связаны с проблемами адаптации организма, как в экстремальных условиях, так и под влиянием факторов, воздействующих в сфере привычной деятельности [1,2]

Человека окружает внешняя среда, отдельные факторы которой оказывают определённое воздействие на организм. К этим факторам относятся воздух, вода, почва, лучистая энергия солнца, животный и растительный мир. В

производственных условиях факторы внешней среды изменяются: воздух содержит различные газы и пыль, не встречающиеся в природных условиях, почва загрязняется различными химическими веществами. Кроме того, в производственных условиях появляются новые факторы, такие, как шум и вибрация, возникающие при работе различных механизмов; тепловое излучение, связанное с работой нагревательных печей и др. Условия производственной среды, в которой происходит трудовая деятельность человека, оказывают существенное влияние наего работоспособность и здоровье. Благоприятнее условия профессиональной деятельности рабочих позволяют избежать переутомления, способствуют сохранению у них высокой работоспособности и развитию гигиенических навыков [2].

Неблагоприятное влияние характера труда или производственной обстановки на работоспособность или здоровье человека свидетельствует о наличии на производстве опасных и вредных производственных факторов. Опасный производственный фактор - производственный фактор, воздействие которого на работающего приводит к травме. Вредный производственный фактор - производственный фактор, воздействие которого на работающего приводит к заболеванию.

Трудовая деятельность для человека - естественная физиологическая потребность. Как и всякая деятельность, она требует самых различных движений и мышечных усилий, управляемых нервной системой.

В результате воздействия на работающего вредных условий труда может возникнуть профессиональное заболевание, в основе которого лежит исключительно или преимущественно вредный производственныйфактор [3].

В целях профилактики нервного напряжения и монотонности необходимо осуществление специальных мер. Желательно внедрение конвейеров со свободным ритмом движения, что позволяет устанавливать разные производственные задания.Для отдельных участков в соответствии с показателями производительности труда необходимы оптимальные микропаузы, составляющие не менее 15% оперативного времени. Большое значение имеет принцип укрупнения рабочих операций. Средняя длительность операции, выполняемой вручную, должна быть более 30 сек., а число элементов в ней - не менее четырех. Наилучшего результата укрупнения операций можно достигнуть при их чередовании в течение рабочей смены. При подборе чередующихся пар или серий операций целесообразно подбиратьпроцессы с разной степенью монотонности, усилий, напряжения внимания, а также с различными позами. Для такого метода открываются более широкие возможности при внедрении коллективных форм организации труда с создание комплексно-универсальных бригад, обеспечивающих коллективное выполнение задания. Большое значение имеет рационализация режимов труда и

отдыха. На большинстве конвейерных линий предусмотрены дополнительные (от 1 до 5 за смену) перерывы длительностью 5-10 мин. Действенной формой борьбы с монотонностью, являются введение в трудовой процесс раздражителей (функциональная музыка, дополнительный завтрак или полдник, физкультпаузы и т.д.). Одним из профилактических мероприятий по снижению неблагоприятного воздействия монотонии, является производственная гимнастика, комплексы которой для каждого типа труда разрабатываются с учётом его специфики.

Для сохранения здоровья и высокого уровня работоспособности в течение года целесообразно проведение отпускного периода в домах отдыха, пансионатах, санаториях, на турбазах.

Организация и осуществление научно обоснованных мер профилактики нарушений здоровья у трудящихся, в принципе не носит половых различий.Полученные данные позволяют дать несколько рекомендаций, направленных на профилактику утомления у рабочих: 1.При конструировании машин должны быть предусмотрены меры по устранению лишних движений работающего, ликвидации наклонов туловища и переходов. 2. Важно также соблюдать принцип экономии усилий. Работу с максимальным усилием человек способен выполнять очень недолго. Необходимо учитывать рациональное направление действия силы человека. 3. В профилактике утомления большую роль играют рациональная рабочая поза и правильно устроенное рабочее место. Рациональной называют позу свободную, ненапряжённую, которая поддерживается за счёт минимума активного напряжения мышц. 4. Физиологически весьма целесообразна поза сидя - стоя, которая позволяет самому рабочему избрать удобную позу, менять группы работающих мышц, восстанавливать кровообращение в застойных участках. Особенно показана такая поза при монотонных работах, поскольку смена позы психологически вносит разнообразие. Для снижения статических усилий в позе сидя используют физиологически обоснованные конструкции рабочей мебели: стола, стула, подставки для ног. Регулируемость высоты стула, наличие спинки, подлокотников снижают утомительность пребывания в позе сидя. 5. Психофизиологическим направлением профилактики утомления является внедрение производственной эстетики: рациональной окраски и освещения помещений, музыки, оформления интерьера. Большинство производственных помещений рационально окрашивать в зелёные тона, поскольку этот цвет относится к нейтральным, не возбуждая и не приводя к торможению центральной нервной системы. В синий цвет и голубые тона, оказывающие на неё тормозящее действие, целесообразно окрашивать помещения и оборудование со значительным выделением тепла или образованием шума. Красный и жёлтый цвета влияют возбуждающе, поэтому их использование должно быть ограничено про-

изводственными помещениями, где рабочие могут находиться лишь кратковременно. Однако при окраске помещений и оборудования следует избегать одноцветности, так как однообразие быстро надоедает, вызывая охранительное торможение.

Общие лечебно-профилактические предложения, формирующие вторичную профилактику, определяют организацию и порядок проведения ежегодных периодических медицинских осмотров, согласно требованиям и учётом предшествующего контакта с вредными производственными факторами.

Таким образом, проведённая работа позволяет сделать ряд выводов:

1. Большая напряжённость труда на автоматизированном производстве способствует существенным изменениям гемодинамики. Сдвиги кровяного давления происходят и в сторону снижения, и в сторону повышения.

2. В большинстве случаев монотонность труда на фоне дефицита мышечной активности ведёт к развитию гипотензивных состояний.

3. Работа сердца учащается при эмоциональном возбуждении и при интенсивной мышечной работе.

4.Увеличение минутного объёма крови (МОК) тесно связано с ростом частоты сердечных сокращений (ЧСС).

5. При работе наблюдается изменение внешнего дыхания. С увеличением умственной нагрузки частота дыхательных движений увеличивается.

6. Показатели внешнего дыхания зависят от пола, возраста и интенсивности нагрузки. При работе ЖЕЛ мало изменяется: незначительно возрастает при лёгкой и кратковременной работе, а при тяжёлой может даже уменьшиться, в особенности при неудобной позе. Жизненная ёмкость лёгких зависит от пола и возраста. ЖЕЛ больше у мужчин, чем у женщин.

Литература:

1. Баевский Р.М., Берсенева А.П., Бакулин В.К. и др. Оценка эффективности профилактических мероприятий на основе изменения адаптационного потенциала системы кровообращения // Здравоохранение Российской федерации Фундаментальные исследования. – 2014. – № 9-10;
2. Вредное воздействие на здоровье человека новых загрязнителей окружающей среды. Доклад Исследовательской группы ВОЗ. Серия технических докладов. - Женева, 2009. - 104 с.
3. Загрядский В.П., Сулимо-Самуйлло З.К. Физические нагрузки современного человека. - Л.: Наука, 2002. - 94 с.

СОХРАНИМ СЕРДЦЕ ЗДОРОВЫМ!

Кузьмина Анна Николаевна, обучающаяся 4-го курса отделения «Сестринское дело»
Филиал ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медицинский колледж» в г. Волжске, Республика Марий Эл

Сердечно сосудистые заболевания (ССЗ) – это заболевания, обусловленные нарушением нормального функционирования сердца и сосудов.

Сердечно-сосудистые заболевания представляют собой группу болезней сердца и кровеносных сосудов, в которую входят:

1. ишемическая болезнь сердца – болезнь кровеносных сосудов, снабжающих кровью сердечную мышцу;
2. болезнь сосудов головного мозга – болезнь кровеносных сосудов, снабжающих кровью мозг;
3. болезнь периферических артерий – болезнь кровеносных сосудов, снабжающих кровью руки и ноги;
4. ревмокардит – поражение сердечной мышцы и сердечных клапанов в результате ревматической атаки, вызываемой стрептококковыми бактериями;
5. врожденный порок сердца – существующие с рождения деформации строения сердца;
6. тромбоз глубоких вен и эмболия легких – образование в ножных венах сгустков крови, которые могут смещаться и двигаться к сердцу и легким.

В соответствии с информацией Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) заболевания сердца и сосудов являются основной причиной смерти во всем мире. Так же ССЗ – ведущая причина смерти населения и в РФ (вклад в общую смертность составляет 57 %). Согласно данным официальной статистики около 40 % людей в России умирают в активном трудоспособном возрасте (25–64 года). Смертность мужчин трудоспособного возраста от ишемической болезни сердца (ИБС) в России выше, чем во Франции, более чем в 10 раз, от мозгового инсульта (МИ) – в 6 раз.

По данным ВОЗ, кардиоваскулярные патологии являются основной причиной смерти, часто приводят к инвалидности. Летальный исход нередок при обширных инфарктах и инсультах, массивной ТЭЛА, сердечной недостаточности, осложнённой отёком лёгких, кардиогенным шоком. Перенесённый инсульт может повлечь широкий спектр неврологических расстройств, хроническое нарушение мозгового кровообращения – к прогрессирующим когнитивным нарушениям. Периферические артериальные патологии опасны развитием гангрены с последующей ампутацией конечности (нередко в молодом возрасте). ССЗ пагубно влияют на состояние репродуктивной сферы: у мужчин нередко регистрируется импотенция, у женщин – бесплодие и бездетность.

Для улучшения качества жизни пациентов с заболеваниями ССС следует

придерживаться ниже указанных правил:

- сбалансированность питания по энергопоступлениям и энерготратам для поддержания оптимального веса тела и по основным пищевым веществам (белки, жиры, углеводы, микроэлементы, витамины);
- ограничение потребления соли (не более 5 г в день - 1 чайная ложка без верха) и быстроусвояемых сахаров;
- ограничение животных жиров с частичной заменой на растительные жиры;
- 2-3 раза в неделю блюда желательно из жирной морской рыбы;
- 400-500 грамм фруктов и овощей ежедневно (не включая картофеля)
- цельнозерновые продукты (хлеб, крупы).
- отказ от курения: курение - один из основных факторов риска сердечно-сосудистых, бронхо-легочных, онкологических и других хронических заболеваний.
- Пассивное курение также вредно, как и активное. Нет безопасных доз и форм табака.
- Отказ от курения будет полезен для здоровья в любом возрасте, вне зависимости от «стажа» курения.
- Оптимальная физическая активность, полезная для здоровья - ходьба в умеренном темпе не менее 30 минут в день большинство дней в неделю (при заболеваниях - рекомендации дает врач индивидуально).

Рекомендуется:

- самоконтроль веса тела, артериального давления, желательно знать и - контролировать периодически уровень холестерина и сахара крови.
- соблюдать врачебные рекомендации и назначения, периодически проходить - медицинские осмотры (диспансерные, профилактические).
- поддерживать показатели факторов риска на целевых уровнях
- важно знать правила действий при неотложных состояниях, вероятность развития которых наиболее высокая, обеспечить своевременный (ранний) вызов скорой медицинской помощи.

Комплекс упражнений для пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы:

1.Ходьба на месте, размахивая руками. Менять направление ходьбы (шагать влево, вправо, назад) 1 мин.

2.Стоя лицом к спинке (или сиденью) стула, руки на поясе. Положить прямую правую ногу на спинку (или сиденье) стула - вдох, два пружинящих наклона к правой ноге, руками касаясь носка ноги, - выдох (рисунок). То же, поменяв положение ног. 3 - 4 раза к каждой ноге.

3.Стоя лицом к спинке стула, опираясь на нее руками. Отставлять

попеременно левую и правую ногу назад, прогибаясь в области груди, - вдох, присесть и встать, приставляя ногу, - выдох, 3 - 4 раза.

4.Сидя «верхом» на стуле лицом к спинке, опираясь на нее руками. Вращение тазом попеременно в обе стороны, не сдвигая с места ступней. Темп средний. 4 - б раз в обе стороны.

5.Стоя, ноги вместе, в опущенных руках гимнастическая палка (палку обхватить сверху). Поднять руки вперед - вдох, палку отпустить, падающую палку схватить правой рукой, приседая и вставая, - выдох, То же левой рукой. 3 - 4 раза. Темп средний.

6.Стоя лицом к сиденью стула, руки опущены. Поочередно перекинуть через сиденье стула правую и левую ногу - выдох, вернуться в и.п. - вдох, 3 - 4 раза.

7.Медленно присесть, опираясь руками на сиденье стула, - выдох, вернуться в и.п. - вдох. 4 - 5 раз.

8.Сидя удобно на стуле, руки на коленях, Глубоко подышать, затем сделать вдох и при выдохе попеременно похлопать ладонями поднятую прямую ногу (поочередно левую и правую), начиная с икроножной мышцы и выше. 3 - 4 раза.

Чтобы усилить периферический кровоток, достаточно увеличить число повторений упражнений для рук и ног с 3 - 6 до 15 - 20 и делать эти упражнения 2 - 3 раза в день. Упражнения для ног принесут больше пользы, если их выполнять в положении лежа. Полезны упражнения на расслабление, а также легкие поглаживания расслабленных мышц от периферии к сердцу. Для разнообразия физических нагрузок достаточно 7 - 8 упражнений, но существенно отличающихся друг от друга. Это позволит тренировать разные функциональные способности сердца и сосудов.

СЕРДЦЕ И ХОЛОД

Мамаева Алла Николаевна, преподаватель
ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»
Йошкар-Ола, Республика Марий Эл

Все хорошо знают, что холодная погода способствует развитию болезней органов дыхания и провоцирует их обострение, если они уже есть. Менее известно, что зимняя погода, низкие температуры и переохлаждение организма могут оказывать такое же негативное влияние на сердечно - сосудистую систему.

Кого-то холодные дни радуют, кого-то расстраивают, а кому-то и позволяют выявить проблемы с сердцем. Существует ряд патологий сердечно - сосудистой системы, которые часто проявляются именно тогда, когда организм человека подвергается воздействию холода. К тому же симптомы, проявляющиеся при таких

условиях, становятся причиной похода к врачу и своевременному лечению.

Проанализировав данные пациентов, которые были госпитализированы с диагнозом «инфаркт» за 15 лет шведские ученые выяснили, что:

1. частота инфарктов вырастала на 14% когда, температура воздуха опускалась ниже нуля градусов;

2. количество инфарктов увеличилось на 7% из-за усиления ветра;

3. риск инфарктов снижался на 3% при потеплении на 7 градусов.

Кроме того, влияли и другие погодные факторы — короткая продолжительность светового дня зимой и повышенная влажность воздуха.

Эти погодные факторы способствуют повышению давления, развитию гипертонических кризов и инсультов. А у людей, склонных к гипертонии, болезнь часто впервые диагностируют именно в зимнее время. На фоне холодной погоды их начинают чаще беспокоить головные боли, появляются «туман» в голове, «искры», «мушки» перед глазами и другие симптомы повышенного давления. В результате они обращаются к врачу и у них выявляют гипертоническую болезнь.

Капризы погоды увеличивают число обострений хронических заболеваний у сердечников на 25-30%.

Высокие и худые люди сильнее реагируют на погодные изменения, чем невысокие, крепкого телосложения.

Как правило, пациенты, имеющие заболевания сердца становятся более восприимчивыми к переменам погоды с возрастом. Однако сейчас и молодые люди также могут быть подвержены влиянию погоды. Например, из-за наследственной предрасположенности.

Врачам понятны физиологические механизмы, вызывающие повышение артериального давления в зимнее время. Они связаны с поддержанием нормальной температуры тела человека. Чтобы обеспечить её и избежать переохлаждения в холодную погоду, сердце вынуждено работать более интенсивно, а поверхностные сосуды сужаются, чтобы сократить потери тепла через кожу. Негативное влияние ещё оказывают перепады температур и атмосферного давления, типичные для наших зим, особенно в последние годы. Они реально опасны для людей преклонного возраста, страдающих от гипертонии и других сердечно - сосудистых заболеваний.

В лютый холод повышается вязкость крови, возникает риск тромбообразования. А острый тромбоз чаще всего провоцирует инфаркт.

Помимо метеорологических факторов большую роль играют особенности питания и поведения в зимнее время. К сожалению, в этот сезон люди потребляют больше жирных и солёных продуктов, а физическая активность становится меньше. Считается, что жирная пища помогает согреваться, но в действительности от неё

существенно больше вреда, чем пользы. Она способствует прогрессированию атеросклероза, а избыток солёного повышает давление, способствует развитию отёков.

Очень плохо, что зимой многие менее активны. Нельзя запираться в рамках своей квартиры, как это часто делают пожилые люди, необходимо чаще гулять, больше уделять времени физической активности. Умеренные физические нагрузки очень полезны в любом возрасте.

У молодежи болезни системы кровообращения развиваются более динамично и трагично, чем у пожилых людей. В молодых сердцах нет коллатералей (обходных ветвей кровеносных сосудов, обеспечивающих приток или отток крови, минуя основной сосуд). При закупорке артерии тромбом крови некуда деваться, и может случиться непоправимое. Физические нагрузки (три часа в неделю) помогут быстрее создать эти «окружные дороги». Поэтому так важно приобщать к физкультуре как можно раньше.

Зима иногда заставляет нас перенапрягаться. Бодро ходить против сильного ветра, выталкиваем машину из снега. Физические нагрузки увеличивают потребность сердца в кислороде.

Вот список практических советов, которые позволят уменьшить нагрузку на сердечно - сосудистую систему от холода:

1. Помните об опасности переохлаждения. Как бы очевидно это ни звучало, чтобы предотвратить переохлаждение, одевайте теплую одежду, которая сохранит тепло тела.

Главное правило зимнего гардероба – многослойность, то есть лучше надеть пару тонких кофточек, чем один толстый свитер. Здесь «принцип капусты» придется как нельзя кстати. Одежда должна быть комфортной и удобной. Отдавайте предпочтения натуральным тканям и помните, что одежда не должна вызывать как охлаждение, так и перегревание организма. Все зависит от того, насколько активно двигается человек. Если он решил убрать снег, то его одежда должна обладать большей теплопроводностью, чем, если он совершает неспешную прогулку. Но надо помнить, что для сердечника такой вид работы — это очень большая нагрузка.

2. Не стоит выходить на улицу в мороз без головного убора. Привычка «держать голову в холоде» может спровоцировать не столько проблемы с сердцем, сколько вызвать головные боли, особенно у тех, у кого есть склонность к мигреням, нарушение работоспособности, усталость, раздражительность и даже агрессия.

3. Людям с ишемической болезнью сердца нельзя выходить из дома в мороз без перчаток**.** При воздействии холода происходит спазм капиллярных сосудов кожи, и рефлекторно такой же спазм возникает и в коронарных сосудах сердца, что может вызвать приступ болей в сердце. Помните, что применение нитроглицерина

перед выходом на улицу значительно улучшит ваше состояние.

4. Дышите на морозе носом.

5. Ноги в холодную и морозную погоду также должны находиться в тепле, обувь должна быть сухая и нескользкая.

6. Несмотря на то, что в холодную погоду важно тепло одеваться, также важно избегать перегрева, например, из-за физической активности. Если вы перегреетесь, ваше тело должно будет высвободить лишнее тепло. Слишком теплая одежда может помешать этому, вызывая расширение кровеносных сосудов, что может значительно снизить артериальное давление. Когда артериальное давление падает, это может снизить кровоснабжение сердца и привести к сердечному приступу.

7. Не перенапрягать сердце помогут частые перерывы во время напряженной деятельности, такой как уборка снега.

8. Воздержавайтесь от алкогольных напитков перед выходом на улицу. Поскольку алкоголь может вызвать ложное ощущение тепла в теле, а это может быстрее привести к переохлаждению.

8. Курение, как и употребление кофе, факторы риска сердечных заболеваний, повышают артериальное давление и частоту сердечных сокращений. Перед выходом на улицу откажитесь от них.

9. Обязательно прислушивайтесь к телу во время физических нагрузок в холодную погоду. Боль в груди, головокружение, одышка и головокружение означают, что все действия должны быть немедленно прекращены. Следующим шагом - обращение за медицинской помощью.

10. Людям с гипертонией и заболеваниями сердца зимой необходимо особо тщательно контролировать своё давление и соблюдать лечение. В зимний период приверженность к лечению у пациентов снижается. Возможно, виной этому короткий световой день – где-то забыли принять таблетку, где-то проспали, и результат – лечение не эффективно. При необходимости надо корректировать терапию — увеличивать дозу лекарств или добавлять новые препараты (это нужно делать вместе с врачом).

11. Очень важно для экстренных случаев всегда иметь под рукой препараты для быстрого снижения давления, чтобы предотвратить развитие гипертонического криза.

12. Также крайне важно принимать препараты для снижения давления правильно по времени.

13. Кардиологические пациенты должны свести к минимуму количество жирной пищи и отдавать предпочтение сбалансированному питанию, включать в свой рацион продукты, содержащие полиненасыщенные жирные кислоты – морская рыба и морепродукты, оливковое масло, овощи, фрукты, молочные продукты и

сухофрукты. Горячая и жирная пища дает дополнительные калории и повышает риски прогрессирования атеросклероза.

14. При средних антропометрических показателях рекомендуется пить где-то полтора литра жидкости в день.

15.Сейчас существует тенденция носить воду с собой. Ведь намного рациональней равномерно разделить количество жидкости в течение дня, а не выпить сразу литр вечером и проснуться утром с отекшим лицом.

16. Если вы хотите согреться, то лучше выпейте теплого чая. Ну, а если направляетесь на длительную прогулку, то термос с горячим чаем будет лучшим решением в холодную морозную погоду.

17. А вот летние заготовки следует ограничить из-за высокого содержания соли и сахара, что может способствовать повышению артериального давления и увеличению массы тела.

18. ДИВАН – НЕ МЕСТО ДЛЯ СЕРДЕЧНИКА. Традиционно связанные с зимним периодом, короткие световые дни способствуют меньшей активности людей, редким прогулкам и меньшей выработке у них витамина D, что влияет на иммунитет. Низкая двигательная активность повышает риск возникновения сердечно - сосудистых заболеваний и их прогрессирование.

19. Больные, а чаще всего это пожилые люди, боятся выходить на улицу в холодную, скользкую погоду. В принципе это обоснованно, так как из-за гололеда возрастает опасность переломов. С другой стороны, снижение двигательной активности, даже у больных с недостаточностью кровообращения, снижает микроциркуляцию и насыщение крови кислородом, что ухудшает сердечную деятельность.

20. Для людей с заболеваниями сердца рекомендована ходьба в спокойном режиме – это уже физическая нагрузка.

21. А вот такие меры закаливания, как обтирание снега и ныряние в прорубь, для больных с сердечно - сосудистыми заболеваниями – уже стресс. И для них все это под запретом.

22. Им подходит плавание в бассейне, контрастный душ и воздушные процедуры в помещении. Оптимальна для «сердечников» ходьба в течение часа в том режиме, в котором им комфортно, и так, чтобы физическая нагрузка не вызывала у них болевых ощущений. Также много пользы таким пациентам может принести и скандинавская ходьба.

23. Выпив пару чашек чая перед сном, мы создаем дополнительную нагрузку на сердце.

24. Помните о том, что дома, на работе и вообще в любых помещениях необходимо проветривание. Отопительные приборы сжигают кислород, повышают

сухость воздуха, что приводит к недостатку кислорода. Используйте масляные отопительные приборы и чаще проветривайте комнаты, если хотите быть здоровыми.

Вообще, зима – очень большая нагрузка на организм. Давайте справляться с ней вместе! Общайтесь, не держите в себе негативные эмоции, приглашайте родных и сами чаще ходите в гости. Позитивные эмоции в этом деле точно не повредят. Будьте здоровы!

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Наговицина Елена Витальевна, преподаватель
ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»
Йошкар-Ола Республика Марий Эл

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является острейшей медико-социальной проблемой, относящейся к приоритетам национальных систем здравоохранения большинства стран мира вследствие нарастающего распространения данного синдрома, несмотря на постоянное совершенствование лечения. Драматичность ситуации с эпидемиологической катастрофой усугубляют неблагоприятный прогноз (5-летняя смертность, ассоциируемая с застойной сердечной недостаточностью (СН), сравнима с таковой при некоторых наиболее злокачественных формах рака) и высокая инвалидизация у пациентов с ХСН. Высокая частота встречаемости СН в популяции, сопряженная с инвалидизацией и смертью больных, диктует необходимость своевременной диагностики и проведения адекватной фармакотерапии. Увеличивающаяся распространенность болезни, в первую очередь, связана с неадекватным лечением заболеваний, приводящих к данной патологии. Рост числа больных с признаками ХСН и сохраненной систолической функцией сердца позволило определить данную проблему как одну из неинфекционных эпидемий XXI века.

В сложившейся ситуации решение проблемы тесно сопряжено с четким определением задач, которые должны быть по возможности в максимальной степени реализованы при лечении ХСН. Необходимо минимизировать основные симптомы заболевания, к которым относятся: одышка, сердцебиение, повышенная утомляемость, задержка жидкости в полостях вследствие снижения насосной функции сердца. Следует также прервать цепь патологических процессов, приводящих к повреждению органов-мишеней – сердца, почек, головного мозга, сосудов. Важнейшим аспектом фармакотерапии, который способствует комплаентности больных к проводимому лечению, является значимое повышение

качества жизни пациента и улучшение прогноза заболевания в целом.

Сердечная недостаточность – это состояние, при котором:

1) сердце не может полностью обеспечить должный минутный объем крови (МО), т.е. перфузию органов и тканей, адекватную их метаболическим потребностям в покое или при физической нагрузке;

2) или относительно нормальный уровень минутного объёма и перфузии тканей достигается за счет чрезмерного напряжения внутрисердечных и нейроэндокринных компенсаторных механизмов, прежде всего за счет увеличения давления наполнения полостей сердца и активации симпато-адреналовой, ренин-ангиотензиновой и других систем организма.

В большинстве случаев речь идет о сочетании обоих признаков СН – абсолютного или относительного снижения МО и выраженного напряжения компенсаторных механизмов.

Несмотря на повсеместное внедрение в клиническую практику эффективных медикаментозных средств и высокотехнологичных методов лечения, смертность больных ХСН в нашей стране остается достаточно высокой (6 % в год).

Существенную роль во вторичной профилактике ХСН играет профилактическое консультирование больных по питанию, физической активности, психологическим аспектам, сути заболевания и профилактике осложнений. Профилактическое консультирование может проводиться в индивидуальной и групповой форме (школы для больных с ХСН). Наиболее важными аспектами консультирования являются:

1. Изменение образа жизни и питания.

Снижение потребления поваренной соли:

Функциональный класс (ФК) I − *ограничить соль до 7,5 г/сут (натрий до 3 г/сут);*

ФК II − *ограничить соль до 4–5 г/сут (натрий 1,5–2 г/сут);*

ФК III–IV − *использовать продукты с пониженным содержанием соли и готовить блюда без соли (соли <3 г/сут, натрий – 1 г/сут).*

Объем потребляемой жидкости менее 2 л/сут (минимум приема жидкости – 1,5 л/сут). Важнейшее значение имеет регулярный контроль веса больных с ХСН, который должен осуществляться не менее 3 раз в неделю, при асците – измерение окружности живота, при выраженных отеках – окружности голеней, бедер. Увеличение веса более 2 кг за 1–3 дня свидетельствует о задержке жидкости в организме и риске развития декомпенсации ХСН. Ограничение потребления жидкости актуально только в крайних ситуациях (при декомпенсации ХСН, требующей в/в введения диуретиков).

Нормализация массы тела. Наличие ожирения или избыточной массы тела

ухудшает прогноз больного с ХСН. Пациентам с ожирением необходимы мероприятия по снижению массы тела. Рекомендована диета по типу 10-го стола (бессолевая), употребление продуктов, богатых калием (абрикосы, картофель, изюм, курага и др.). Однако пища должна содержать достаточное количество белков и витаминов. Оптимальным принято считать снижение массы тела на 2–4 кг в месяц.

По мере прогрессирования ХСН у больных теряется тощая масса тела, куда относят всю ткань за исключением жировой. Возникает сердечная кахексия. Сердечная кахексия выявляется при непреднамеренной потере массы тела на 5 кг и более или более чем на 7,5 % от исходной массы тела за 6 месяцев, а также при исходном индексе массы тела менее 19 кг/м2.

Физические упражнения. ХСН сопровождается уменьшением перфузии скелетных мышц, что вызывает их дисфункцию и снижение толерантности к физической нагрузке; в свою очередь ухудшение переносимости нагрузок способствует дальнейшему прогрессированию ХСН и гипоперфузии скелетных мышц, таким образом, при ХСН формируется своеобразный «порочный круг». При стабильном состоянии пациента следует рекомендовать физическую активность при всех ФК заболевания. Рекомендовано ограничение физических нагрузок в период декомпенсации – полный физический покой в течение 3–5 дней, а затем постепенное расширение режима, физическая реабилитация. Большое значение имеет тренировка мышц вдоха и выдоха (раздувание шарика или резиновой игрушки в зависимости от самочувствия по нескольку раз в день). При возможности тренировку вдоха и выдоха следует проводить с помощью специальных спирометров (по обычным методикам).

Существуют убедительные доказательства того, что физические упражнения способствуют уменьшению выраженности субъективной симптоматики при ХСН, улучшению качества жизни, увеличению выживаемости пациентов и снижению числа госпитализаций.

Основное условие выбора режима нагрузок – определение исходной толерантности к физической нагрузке при проведении теста 6-минутной ходьбы. Если пройденное расстояние менее 200 м, больным необходимо продолжить выполнять дыхательные упражнения. Если пройденное расстояние 350 м, целесообразно рекомендовать физическую нагрузку в виде ходьбы.Через 3–4 недели регулярные физические нагрузки в форме дыхательных упражнений с затрудненным выдохом приводят к увеличению толерантности к физическим нагрузкам, улучшению качества жизни, замедлению развития кахексии.

2. Общие рекомендации по изменению образа жизни у больных с ХСН.

Вакцинация. Целесообразно проводить вакцинацию гриппозной и пневмококковой вакциной.

Путешествия. Желательно проводить отпуск, в привычной климатической зоне. Предпочтение отдают непродолжительным (до 2–2,5 ч) авиационным перелетам. При любой форме путешествий противопоказано длительное вынужденное положение.

Курение строго противопоказано.

Уменьшение потребление алкоголя. Алкоголь строго запрещен для больных с алкогольной кардиомиопатией. В остальных случаях рекомендуется ограничение разового потребления алкоголя до 1–2 стандартных доз для мужчин и 1 стандартной дозы для женщин.

3. Психологическая реабилитация и создание школ амбулаторного наблюдения.

Целью создания школ амбулаторного наблюдения является помощь больным и родственникам в получении сведений о заболевании, приобретении навыков самоконтроля, касающихся питания, физической активности, соблюдения режима медикаментозного лечения, наблюдения за симптомами заболевания и обращения за медицинской помощью в случаях их усиления. С больными проводят занятия по нескольким темам с выдачей соответствующих письменных материалов:

− общие сведения о ХСН;

− симптомы ХСН и принципы самоконтроля;

− питание;

− медикаментозное лечение;

− физические нагрузки.

Проведение Школ на базе стационаров, как правило, более эффективно вследствие большей сосредоточенности пациентов на своем состоянии. Удаленный контроль пациентов с помощью телефонных звонков, СМС-оповещений и других видов связи может значительно улучшать клинические исходы (снижение смертности и СС госпитализаций на 38 %).

4. Медико-социальная работа.

Медико-социальная работа в комплексном ведении больного с ХСН должна включать мероприятия социально-медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера. Эти мероприятия выполняет квалифицированный социальный работник.

Хроническая сердечная недостаточность – широко распространенное проявление большого количества заболеваний, в первую очередь, артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца. Достижения в области лечения ХСН, безусловно, привели к улучшению прогноза. Если раньше она рассматривалась как претерминальное состояние, то сейчас во многих случаях поддается лечению. Тем не менее, несмотря на максимально интенсивную медикаментозную терапию, у

некоторых пациентов сохраняются симптомы и риск смерти. Возможно, у таких больных желаемого эффекта можно достичь при помощи ряда новых современных методов аппаратного лечении. Настоящее время – эпоха устройств, поэтому активно ведутся исследования, связанные с применением ресинхронизирующих методов, обладающих различными функциями, обсуждаются вопросы их более широкого применения.

Основным стратегическим направлением в эффективном лечении больных с ХСН, улучшении качества их жизни, снижении смертности и продолжении жизни пациентов является выявление ранних стадий заболевания.

СН является чрезвычайно сложным состоянием как для диагностики, так и для лечения. Нередко это обусловлено развитием сопутствующих заболеваний. Поэтому успех в лечении СН во многом определяется привлечением профессионалов других специальностей.

Литература:

1. Хроническая сердечная недостаточность: учеб. пособие / С. С. Фадеева, Л. И. Салямова, И. В. Авдеева, Н. В. Бурко; под ред. В. Э. Олейникова. – Пенза: Изд-во ПГУ, 2019. – 132 с.
2. Хроническая сердечная недостаточность. Методическое пособие под редакцией д.м.н., профессора Ю.П. Успенского. / Д.Д. Зотов. – СПб.: СПбГПМУ, 2020. – 36 с.
3. Хроническая сердечная недостаточность: клиника, диагностика, лечение: учебное пособие / Н. В. Реброва, И. В. Долгалёв, Т. М. Рипп. – Томск: Изд-во СибГМУ, 2019. – 125 с.

ВСПОМНИМ О СЕРДЦЕ…

Панчихина Марина Ивановна, Шатунова Надежда Петровна, Матвеева Анастасия Александровна - преподаватели профессиональных модулей
ГАПОУ РБ «Бирский медико-фармацевтический колледж»

Каждый человек несет ответственность за свое здоровье. Как правило, мы вспоминаем о нем тогда, когда оно уже нарушено.

Ежегодно в России от болезней сердечно-сосудистой системы умирает около 1,3 млн. человек, что составляет около 55% от общего количества смертельных случаев. Предотвратить сердечно-сосудистые заболевания помогут меры профилактики, о которых сегодня знают далеко не все.

Сердце человека — это полый мышечный орган, в который поступает кровь из впадающих в него венозных стволов и перекачивающий её в артерии, которые

примыкают к сердцу. Полость сердца разделена на два предсердия и два желудочка. Левое предсердие и левый желудочек в совокупности образуют «артериальное сердце», названное так по типу проходящей через него крови, правый желудочек и правое предсердие - «венозное сердце». Сокращение сердца называется систола, а расслабление — диастола.

Форма сердца не одинакова у разных людей, она определяется возрастом, полом, телосложением, здоровьем и многими другими факторами.

Заболевания сердца могут длительное время протекать в скрытой форме, клинически никак себя не проявляя. Наряду с различными опухолями именно эти болезни являются сегодня главной причиной преждевременной смерти людей во всех странах мира. Бесперебойная работа системы кровообращения, состоящей из сердца, как мышечного насоса и сети кровеносных сосудов, является главным условием нормального функционирования всего организма в целом.

Факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний множество, которые несут угрозу не только здоровью, но и жизни, наиболее распространенными являются ишемическая болезнь сердца, инфаркт, инсульт, гипертония, аритмия, эти болезни стали весьма распространенными у пациентов российских поликлиник.

Неправильный образ жизни, отсутствие адекватных физических нагрузок, правильного питания, также повышают вероятность развития сердечно-сосудистых заболеваний курение, употребление алкоголя, избыточный вес и стрессы.

Даже при генетической склонности к развитию сердечно-сосудистых заболеваний, их можно предупредить, для этого необходимо соблюдать меры профилактики, в числе которых: отказ от курения, а также ограничение употребления алкоголя; контроль артериального давления. Если у вас есть гипертензия, заведите специальный дневник, куда необходимо регулярно записывать показания, помните, что при однократно обнаруженном повышении артериального давления необходимо контролировать его уровень.

Сердце, как и любая мышца нашего организма, нуждается в тренировке, поэтому каждому необходима физическая активность, соответствующая состоянию здоровья и рекомендациям врача.

Главным условием эффективной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний является правильно сбалансированный рацион питания: учёные утверждают, что путь к здоровому сердцу также лежит через желудок. Более того, множество исследований доказывают, что около 50% серьёзных сердечно-сосудистых заболеваний возникают как следствие неправильного питания.

Сбалансированное питание - необходимо отказаться от фаст-фуда и построить свой рацион с наличием продуктов, содержащих полиненасыщенные жирные кислоты такие как рыба и орехи. Необходимо употреблять в пищу фрукты и овощи.

Рацион должен быть разнообразным и сбалансированным, не стоит увлекаться употреблением одних и тех же продуктов, также ограничить потребление поваренной соли не более 1 чайной ложки в сутки, за сахаром и легкими углеводами в день – не более 30 грамм.

Понизить уровень стресса, так как исключить стрессовые ситуации невозможно в наши дни, необходимо почаще отдыхать и расслабляться.

Огромное значение для нашего здоровья имеет сон, время сна должно быть не менее не менее 7 часов в сутки, при этом рекомендуется ложиться спать не позднее 22 часов.

Состояние нашей сердечно-сосудистой системы во многом зависит от уровня холестерина и сахара в крови. Допустимый уровень общего холестерина в крови: менее 200 мг/дл. Пограничный: от 200 до 239, высокий: 240 и выше; уровень сахара в крови натощак) нормальный менее 100 мг/дл., преддиабетический: от 100 до 125, при диабете: 126 и выше. Уровень общего холестерина и сахара в крови необходимо периодически контролировать.

Группы риска по возникновению сердечно-сосудистых заболеваний: мужчины до 50 лет, после 70 лет пол не имеет значения. И большинство женщин считают, что волноваться не надо, когда старость на подходе. Но на 10 жертв инсульта приходится одна в возрасте до 45 лет. Например, если ведём нездоровый образ жизни и не отказываемся от вредных привычек, способствующих развитию артериальной гипертонии и инсульта. Об этих привычках знают все, но нелишне напомнить: это курение, лишний вес, чрезмерные нагрузки, злоупотребление алкоголем. Также в группе риска те, у кого плохая наследственность.

Для того чтобы отследить состояние своего здоровья и склонность к заболеваниям сердечно-сосудистой системы необходимо обследоваться путем прохождения диспансеризации, которую можно пройти один раз в три года в 21, 24, 27 лет и так далее. При прохождении диспансеризации проводятся анализы на уровень глюкозы и холестерина в крови, электрокардиография в покое для определенных возрастных групп, врач проводит анкетирование, осмотр и определяет суммарный сердечно-сосудистый риск в зависимости от возраста пациента. На втором этапе диспансеризации при выявлении показаний проводится определение липидного спектра крови и обследования, позволяющие выявить заболевания сердечно-сосудистой системы.

Если вы не попадаете под диспансеризацию по возрасту, то можете пройти профилактический осмотр – он проводится раз в два года. По завершении профилактического осмотра или диспансеризации врач обязательно даст рекомендации и при необходимости назначит лечение.

Немедикаментозные меры по поддержанию здоровья вашего сердца для

людей как с риском сердечно-сосудистых заболеваний так и для людей придерживающихся здорового образа жизни, рекомендации отображены на рисунке.

Ответственное отношение к своему здоровью поможет не упустить первые признаки заболевания. Здоровый образ жизни в сочетании с профилактическими мероприятиями по обязательному медицинскому страхованию граждан позволят вашему сердцу работать без сбоев.

БЕРЕГИТЕ СЕРДЦЕ!

Садрисламова Лиана Фоатовна, Матвеева Анастасия Александровна -
преподаватели профессиональных модулей
ГАПОУ РБ «Бирский медико-фармацевтический колледж»

Что такое сердце?
Камень твердый?
Яблоко с багрово-красной кожей?
Может быть меж ребер и аортой
Бьется шар,
На шар земной похожий?
Так или иначе все земное
Умещается в его пределы,
Потому что нет ему покоя,
До всего есть дело…
Береги его, оно не из железа,
И послужит вам оно во благо!
Э. Межелайтис «Сердце».

Согласно статистики, каждый год во всем мире возрастают показатели смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы. Изучение причин

появления этих заболеваний у разных групп населения показало, что одни из них связаны с инфекцией, другие имеют наследственный или врожденный характер. Однако самая многочисленная группа заболеванийчаще всего является последствиями вредных привычек и неправильного образа жизни. Положительной стороной данного вопроса является тот факт, что такие заболевания до некоторой степени можно предотвратить.

Ответственность каждого человека за свое здоровье является одной из значимых, однако, еще очень слабо разработанных социальных проблем. Как правило, к здоровьюпроявляют трепетное отношение, когда с ним возникают какие-либо проблемы. В основе нездорового поведения нередко лежит феномен «нереалистичного оптимизма», неоправданного, ничем не обоснованного. Его формированию способствует то, что если проблема (заболевание) еще не появилась, то она не появится и в будущем, и то, что если проблема со здоровьем все-таки появится, то с ней можно будет справиться, предприняв соответствующие действия.

Заболеваниясердца – это группа заболеваний, которые влияют на структуру или функцию сердца. Большинство людей считают сердечную болезнь одним заболеванием. Но на самом деле болезни сердца – это очень большая группа патологических состояний с множеством различных первопричин.Некоторые типы можно сгруппировать в зависимости от того, как они влияют на структуру или функцию сердца.Могут быть выражены поражением эпикарда, перикарда, миокарда, эндокарда, клапанного аппарата сердца, сосудов сердца.

Заболевания сердца могут длительное время протекать в скрытой форме, клинически никак себя не проявляя. Наряду с различными опухолями именно эти болезни являются сегодня главной причиной преждевременной смерти людей в развитых странах.

Каждый год более 17 миллионов человек умирают от болезней сердца. В качестве способа борьбы с этим Всемирная федерация сердца учредила Всемирный день сердца. Это мероприятие проводится ежегодно 29 сентября, с целью повышения осведомленности о сердечно-сосудистых заболеваниях, контроля за ними, в целях сокращения числа людей, Международный праздник был учрежден Всемирной федерацией сердца в сотрудничестве со Всемирной организацией здравоохранения. Эту идею выдвинул президент Всемирной федерации сердца с 1997 по 1999 год Антони Байес де Луна. Первое празднование ежегодного мероприятия состоялось 24 сентября 2000 года, и до 2011 года Всемирный день сердца отмечался в последнее воскресенье сентября.Ежегодно в этом международном мероприятии принимают участие более 90 стран. В результате Всемирный день сердца оказался эффективным средством распространения информации о сердечно-сосудистых заболеваниях. Высокий уровень участия

правительств и организаций наиболее важен для развивающихся стран, которые в значительной степени страдают от этих заболеваний.

Сердечно-сосудистые заболевания являются наиболее распространенной причиной смерти во всем мире. Неудивительно, что основными причинами появления этих заболеваний являются модифицируемые факторы, которые включают отсутствие физических упражнений, курение и плохое питание.

Каждый год Всемирная федерация сердца спонсирует международное мероприятие и объявляет тему дня. Распространение информации и обсуждения сердечно-сосудистых заболеваний проходят на таких платформах, как форумы, телевизионные ток-шоу, подкасты, плакаты и многое другое. Прогулки, сбор средств, бесплатные медицинские осмотры, концерты, спортивные мероприятия и другие мероприятия проводятся для того, чтобы побудить людей быть более активными и заботиться о своем здоровье.

Несмотря на это молодежь обычно относится к проблеме здоровья как к чему-то достаточно важному, но не имеющему к ним прямого отношения. В их понимании ценности жизни доминируют материальные блага, карьера, развлечения и отдых. Если они и уделяют внимание здоровью, то преимущественно его физической составляющей. В понимании молодежи роль психического и социального здоровья не находит должного места.

Необходимым условием формирования ответственности за личное здоровье является преодоление трудностей в процессе учебной деятельности через создание ситуаций достижения успеха в деле сохранения здоровья. Современное направление по обеспечению надежности профессиональной деятельности связано с разработкой оздоровительных программ для учащейся молодежи.

Основу таких программ необходимо рассматривать по следующим направлениям:

1. Образ жизни оказывает важное влияние на здоровье человека.

2. Люди могут изменить свои привычки, если им оказать соответствующую помощь.

3. Учебное заведение наиболее подходит для помощи такого рода, так как ученики школ и студенты колледжей и вузов достаточно много времени проводят на учебе.

Можно утверждать, что проблема сохранения здоровья имеет огромное социальное, экономическое и гуманистическое значение. Начать изменяться она может только совместными усилиями ученых многих отраслей знания, практиков и педагогов. В настоящее время в решении этой междисциплинарной проблемы доминируют медицинский и социологический подходы. Во множестве исследований выявлены факторы риска заболеваний, проведен сопоставительный

анализ здорового и неправильного образа жизни, доказана опасность последнего. Получаемые в них данные необходимы для выработки организационных принципов здравоохранения на общегосударственном уровне.

ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Сибряева Людмила Александровна, преподаватель
ГБПОУ СО «Сызранский медико-гуманитарный колледж»
Сызрань, Самарская область.

Сердце является главным органом, обеспечивающим работу всего организма. Его нужно беречь! В современном ритме жизни возрастает нервно-психическое напряжение, организм человека испытывает значительные нагрузки, поэтому прогрессируют заболевания сердечно-сосудистой системы. Ведущее место среди них занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС) и её осложнение — инфаркт миокарда (ИМ), самая важная клиническая форма ишемической болезни сердца, обусловленная развитием одного или нескольких очагов ишемического некроза в сердечной мышце вследствие абсолютной недостаточности коронарного кровообращения.

К сожалению, инфаркт миокарда перестал быть «болезнью пожилых» и за последние 15-20 лет значительно «помолодел». По данным Всемирной Организации Здравоохранения, инфаркт миокарда занимает одно из первых мест среди заболеваний сердечно-сосудистой системы. Заболевание характеризуется гибелью части сократительных клеток миокарда с последующим замещением погибших (некротизированных) клеток грубой соединительной тканью (т.е. формированием постинфарктного рубца). Гибель клеток (некроз) происходит в результате продолжающейся ишемии миокарда и развитием необратимых изменений в клетках вследствие нарушения их метаболизма. Заболевание сопровождается высокой смертностью, приводит к временной, а иногда и постоянной утрате трудоспособности. В целях его профилактики в статье дана информация для граждан об инфаркте миокарда и о том, как при помощи простых действий можно снизить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

При инфаркте миокарда в первые сутки зона инфаркта внешне не отличается от здоровых участков миокарда. Боли в типичных случаях локализуются в левой части грудной клетки, за грудиной, иногда в верхней части живота или под лопаткой. Классическим случаем считается сильная загрудинная боль, длительностью более 30 минут, не снимающаяся нитроглицерином. Иногда вместо болей появляется чувство жжения, умеренного давления, сжатия за грудиной, в

грудной клетке.

Помимо болевого синдрома для инфаркта миокарда характерно снижение АД (в ряде случаев инфаркт миокарда может протекать при повышенном АД, особенно у гипертоников относительно молодого возраста, но в этом случае падение АД происходит через несколько часов и даже дней). Одновременно с падением АД может развиваться и учащение ритма, тахикардия. Часто у больных развиваются и вегетативные нарушения: мышечная дрожь, тошнота, рвота, нарушениями мочеиспускания, холодный пот, одышка. Больные испытывают страх смерти, выраженное беспокойство, тревогу, иногда развиваются даже психические нарушения. Наиболее опасный этап заболевания – первые 5-10 минут приступа. Важно правильно помочь человеку до приезда бригады врачей.

Действия больного при возникновении признаков инфаркта миокарда до приезда врачей должны быть следующие:

- Не паниковать, отложить любые дела, не делать резких движений.
- Вызвать бригаду Скорой помощи, врача, объяснить, как пройти в дом или квартиру и оставить на всякий случай открытой входную дверь.
- Обеспечить наличие свежего воздуха в помещении, открыть окна.
- Освободиться от сдавливающей одежды.
- Положить под язык нитроглицерин, который, проникнув в кровь, облегчит болезненные ощущения. Через 15-20 минут разрешается принять еще 2 таблетки. Приём нитроглицерина не рекомендован в том случае, если у человека при инфаркте миокарда наблюдается пониженное АД.
- В первые минуты приступа помочь может аспирин. Он способствует разжижению крови и облегчает симптомы заболевания. Для более быстрого действия препарата таблетку нужно разжевать.
- Удобно сесть в кресло, на диван или прилечь так, чтобы верхняя часть тела находилась немного выше нижней, а колени были слегка согнуты. Находящийся рядом человек поможет больному выполнить вышеуказанные действия.
- Если сильная паника больного во время приступа серьезно угрожает его здоровью, следует дать человеку успокоительное средство: валокордин или корвалол.
- Если человек потерял сознание, а дыхание едва прощупывается, нужно приступить к сердечно-легочной реанимации. На спасение человека есть не более пяти минут. Чтобы запустить остановившееся сердце, наносится прекардиальный удар (сильный удар ребром ладони в грудь). После этого прощупывается пульс, если он отсутствует, нужно приступить к непрямому массажу сердца и сделать искусственное дыхание. Под шею пострадавшего нужно положить валик из любых подручных предметов. Голова больного должна быть максимально

закинута назад. Если есть необходимость, ротовая полость может быть очищена с помощью салфеток. Спасательные мероприятия могут продолжаться до тех пор, пока больной человек не придет в себя, но по времени это должно занимать 5-7 минут. Если за это время запустить сердце не удается, значит, человека уже не спасти.

Причины возникновения инфаркта миокарда.

Во время этого острого заболевания происходит нарушение работы кровеносных сосудов, проходы которых оказываются сужены из-за спазма или закупорки кровяными сгустками (тромбами), холестериновыми или жировыми бляшками. Всё это является следствием различных причин – от заболеваний и наследственности до образа жизни:

- Неправильное питание, избыток в пище животных жиров.
- Избыточная масса тела, которая повышает риск появления атеросклероза.
- Недостаток физических нагрузок и сидячий образ жизни также способствуют застаиванию крови.
- Постоянное нервное напряжение и стрессы.
- Курение, нарушающее доставку кислорода к миокарду из-за интоксикации органов.
- Злоупотребление алкоголем, которое приводит к дистрофии сердечной мышцы.
- Атеросклероз – сама болезнь предполагает образование тромбов.
- Гипертония – частое высокое давление неблагоприятно воздействует на работу сердца, и из-за большой нагрузки может возникнуть нехватка кислорода и последующее отмирание клеток тканей.
- Пороки или наследственные заболевания.
- Сахарный диабет – характеризуется загустением крови и холестериновых отложений на стенках сосудов.

Для профилактики возникновения инфаркта миокарда следует вести здоровый образ жизни:

- Уменьшить или исключить из питания жирные сорта мяса, сосиски, колбасы, сало, сливки, сметану, другие жирные молочные продукты, а также снизить потребление яиц (менее 3 штук в неделю).
- Умеренно употреблять сладкое, в качестве заменителей сладостей можно использовать сухофрукты.
- Нельзя в больших количествах употреблять кофе и крепкий чай, они создают повышенную нагрузку на сердце и повышают артериальное давление.
- Отказаться от курения: под действием никотина сосуды сужаются, что усугубляет течение болезни.

- Отказаться от спиртных напитков: алкоголь активизирует все имеющиеся в организме заболевания, в том числе и ишемическую болезнь. Допускается разовое употребление алкоголя в небольших дозах и во время еды.
- Наблюдать за артериальным давлением. Повышение АД многократно увеличивает нагрузку на сердце, заставляя работать его в опасном режиме.
- Контролировать вес. Лишние килограммы повышают риск развития многих болезней, в том числе диабета, повышения АД, которые перегружают сердце. Помочь в ситуации способен опытный диетолог.
- Заниматься физической культурой, вести активный образ жизни. В случае недомогания, головной боли, одышки, стоит прекратить занятия. После совета с врачом, скорректировать физические нагрузки.
- Необходимо соблюдать режим труда и отдыха**.** Надо вставать и ложиться спать каждый день в одно и то же время. Ночью спать не менее 7-8 часов. Работа не должна сопровождаться физическим и нервным напряжением. Выходные дни и отпуск проводить в новых условиях – сочетать с пребыванием за городом, на природе, на свежем воздухе – в местных санаториях, в доме отдыха, на даче, в деревне.
- Регулярно проходить диспансеризацию.

Следует помнить: чтобы предостеречь себя от инфаркта, нужно вовремя проходить обследования у кардиолога и не заниматься самолечением!

Список используемых источников:

1. Гасилин, В.С. Сердечно-сосудистые заболевания [Текст] / В.С. Гасилин, Б.А. Сидоренко. – Москва: Медицина, 2016. – 240 с.
2. Инфаркт миокарда. Виды, причины, патогенез. [Электронный ресурс] https://scienceforum.ru/2016/article/2016021620
3. Первая помощь при инфаркте [Электронный ресурс] https://foodandhealth.ru/pervaya-pomoshch/pervaya-pomoshch-pri-infarkte/

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ У ПОДРОСТКОВ И ДЕТЕЙ

Никитина Инна Робертовна, преподаватель
Сидоркина Мария Юрьевна, студентка группы Ф-42
ГБПОУ РИЭ «Йошкар-Олинский медколледж»
Йошкар-Ола, Республика Марий Эл

Сердечно-сосудистые заболевания занимают одно из ведущих мест в развитии неинфекционной патологии среди разных возрастных категорий населения. Гипертоническая болезнь у детей и подростков не редкость, поэтому важно вовремя

распознать и начать терапию.

Актуальность заболевания связана с особенностями лечения в детском возрасте. Возможно использование далеко не всех групп препаратов. В настоящее время число детей с избыточной массой тела и отягощенной наследственностью по хроническим заболеваниям растет, вследствие чего артериальная гипертензия диагностируется в более раннем возрасте.

На начальных стадиях артериальная гипертензия у детей проявляется повышенной утомляемостью, головными болями, головокружением. Дети младшего возраста не в состоянии предъявлять жалобы, поэтому важно обращать внимание на одышку, особенно при кормлении, недостаточную прибавку в весе, отставание в развитии. По мере прогрессирования заболевания возможно ухудшение зрения, особенно в периоды повышенного давления, потери сознания по типу синкопе. Также в большинстве случаев присутствуют симптомы заболевания, послужившего причиной развития артериальной гипертензии у детей. Если речь идет о наследственных патологиях, часто имеются типичные фенотипические признаки.

Огромную роль в диагностике артериальной гипертензии у детей играет тщательный сбор анамнеза. При сборе анамнеза следует обратить внимание на следующую информацию:

- жалобы (головная боль, рвота, нарушения сна);уровень АД и продолжительность АГ;
- патология беременности и родов (преждевременные роды);
- патология раннего возраста (недоношенность, внутриутробная гипотрофия, низкая масса тела для данного срока беременности); черепно-мозговая травма и травма живота;
- преждевременное половое развитие (появление вторичных половых признаков у девочек до 8 лет, у мальчиков - до 10 лет);
- пиелонефрит (можно предположить по эпизодам немотивированного повышения температуры тела, наличию в анамнезе лейкоцитурии, дизурии);
- проводимая ранее гипотензивная терапия; избыточное потребление поваренной соли, изменения массы тела, уровня и характера физической активности;
- употребление алкоголя, курение, прием некоторых лекарственных препаратов (стероиды и нестероидные противовоспалительные препараты, трициклические антидепрессанты, оральные контрацептивы), наркотических средств и других стимуляторов, в т.ч. растительного происхождения (пищевые добавки);
- отягощенная наследственность по ГБ, другим сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ) и сахарному диабету (наличие этих заболеваний у родителей в возрасте до 55 лет);
- психологические и средовые факторы (характер учебы и работы, атмосфера в

семье, образовательный и эмоциональный статус родителей или опекунов, социально-экономические показатели семьи, жилищные условия, характер работы родителей, уровень взаимопонимания).

Для диагностики артериальной гипертензии используют следующие инструментальные методы:

- **СМАД.** Для точной фиксации гипертензии показан суточный мониторинг артериального давления. Это позволяет исключить фактор повышенной ситуационной тревожности и определить частоту повышения давления.
- **Комплексное лабораторное обследование.** Состояние почек оценивается по общему анализу мочи, УЗИ и допплерографическому исследованию. Также определяется уровень электролитов в моче и крови. Исследуется гормональный профиль: гормоны щитовидной железы, почек, надпочечников, половые гормоны. Тест на толерантность к глюкозе исключает риск развития сахарного диабета и инсулинорезистентности.
- **Исследование сердца и сосудов.** Предусматривает проведение ЭКГ, ЭхоКГ и рентгенографии. КТ и МРТ детям назначаются при подозрении на опухолевидные образования. Обязательным является обследование глазного дна, УЗИ сосудов конечностей.

Целью лечения артериальной гипертензии является достижение устойчивой нормализации артериального давления для снижения риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Важным моментом является проведение этиотропной терапии. Немедикаментозное лечение рекомендовано всем детям и подросткам вне зависимости от необходимости лекарственных препаратов, включает в себя:

- регулярные занятия физической культурой для снижения избыточной массы тела;
- подросткам с АГ необходим полный отказ от курения и употребления алкоголя
- рациональное питание - диетотерапия АГ является необходимым компонентом комплексного лечения и направлена на нормализацию АД с помощью понижения возбудимости ЦНС, улучшения функционального состояния почек и коры надпочечников и, тем самым, нормализацию водно-солевого баланса и тонуса сосудов.

Использование антигипертензивных препаратов у детей и подростков осложнено недостаточной научной базой данных, касающихся эффективности лекарственных препаратов и особенностей их фармакокинетики у детей, а также отсутствием рекомендаций со стороны производителей лекарств по применению многих препаратов в детском и подростковом возрастах. Существенно затрудняет применение антигипертензивных препаратов отсутствие четких возрастных формулярных рекомендаций.В настоящее время установлены группы препаратов, которыми должны лечить ребенка с гипертонической болезнью и допустимые

дозировки. К ним относятся:

- бета-блокаторы;
- ингибиторы АПФ;
- тиазидные диуретики;
- блокаторы рецепторов ангиотензина;
- антагонисты кальция;

Все дети и подростки с отягощенной наследственность по гипертонической болезни, высоким артериальным давлением и артериальной гипертензией подлежат диспансерному наблюдению.

Таким образом, артериальная гипертензия у детей и подростков является мощным фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений, значимость которого усиливается с возрастом. Внимательное отношение к детям и подросткам, родители которых имеют артериальную гипертензию, профилактика, ране выявление повышенного АД, комплексный подход к лечению, активное динамическое наблюдение позволят уменьшить риск и частоту столь распространённых сердечно-сосудистых заболеваний.

ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ЧЕРЕЗ ПРОЕКТ «КОЛЛЕДЖ – ТЕРРИТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ»

Скворцова Инна Евгеньевна, к.б.н., преподаватель
ГБПОУ НО «Нижегородский медицинский колледж»
Нижний Новгород, Нижегородская область

Всемирный день сердца был организован в 1999 году по инициативе Всемирной федерации сердца. С 2011 года дата стала постоянной – 29 сентября. Введение этой даты позволяет сделать акцент на необходимость всесторонних профилактических мероприятий в отношении сердечно-сосудистых заболеваний.

Ежегодно сердечно-сосудистые заболевания уносят более 18 миллионов человеческих жизней [1]. Нездоровый образ жизни чаще всего формируется в детском и подростковом возрасте. Факторами риска являются зависимость от Интернета, компьютерных игр и социальных сетей, склонность к фаст-фуду, нездоровой пище, богатой быстрыми углеводами, насыщенными жирами, неполноценными белками. Нездоровое подрастающее поколение приведет к увеличению смертности и инвалидизации работоспособного населения тридцати - пятидесяти лет от сердечной недостаточности и мозговых инсультов. Разъяснения истинных размеров опасности, вызванной сердечно-сосудистыми заболеваниями, становятся все более необходимыми и актуальными.

Колоссальный удар по привычной физической активности нанесла пандемия

Covid – 19. Перевод на самоизоляцию, дистантную форму обучения привел к преобладанию сидячего образа жизни. Образовательные платформы требуют работы за компьютером более длительное время, выполнение домашних заданий, объем которых увеличился с переводом на он-лайн обучение, заставляют дольше задерживаться за учебными столами. При очном обучении в образовательных организациях отменена кабинетная система. С целью соблюдения мер по снижению контактов среди обучающихся школьники и студенты проводят учебные занятия в одной аудитории. Они ограничены в передвижении по помещению. Основными элементами трудового процесса, оказывающими влияние на функции систем человека и его здоровье, является вынужденная рабочая поза, повышенные нагрузки на зрительную систему, нервное и психоэмоциональное напряжение, гипокинезия. Совокупность элементов трудового процесса определяет характер трудовой нагрузки и, следовательно, уровень физиологического напряжения обучающегося. Умственный труд, в отличие от физического, характеризуется менее выраженными изменениями функций в организме [2]. В то же время показатели деятельности нервной, эндокринной, сердечно-сосудистой и дыхательной систем во время умственной деятельности свидетельствуют о возрастании нервного напряжения, которое обусловлено восприятием и переработкой большого объема разнообразной информации, дефицитом времени для переработки значимой информации и принятия решения, частым переключением внимания с одного объекта на другой и необходимостью использования разных информационных потоков, необходимостью поддержания в течение длительного времени высокой интенсивности внимания, памяти, мышления. В большинстве случаев недостаток двигательной активности во время учебы не восполняется и во внеурочное время. Последствия длительной гипокинезии неблагоприятны как в медико-биологическом, так и в социально-экономическом отношениях [2]. Уменьшение функциональных возможностей центральной нервной системы при длительном недостатке физической активности приводит к снижению устойчивости к стрессогенным факторам, увеличению утомляемости при умственной работе, увеличению утомления органов зрения и слуха. Под влиянием пониженной двигательной активности значительно снижаются кислородтранспортные возможности организма и, следовательно, общая физическая работоспособность; возрастают реакции сердечно-сосудистой системы на одни и те же физические и эмоциогенные раздражители; снижаются защитные силы организма; увеличиваются заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Специальность Медико-профилактическое дело подразумевает не только проведение мероприятий по контролю и надзору, но и предупредительных, профилактических мероприятий.

На занятиях по Анатомии и физиологии человека при изучении раздела

Сердечно-сосудистая система, обучающиеся не только изучают анатомо-физиологические особенности сердца, но и сами разрабатывают небольшой комплекс физических упражнений, который можно применять во время очных занятий. Те обучающиеся, которые в рамках кружковой работы участвуют в проекте «Колледж – территория здоровья», разрабатывают комплекс профилактических мероприятий для студентов Нижегородского медицинского колледжа. На первом этапе кружковцы проводят анкетирование. Вопросы затрагивают сформированность привычек к здоровому образу жизни. При составлении опросника учитывается и возможность при интенсивной учебной нагрузке рационального питания, соблюдения режима работы и отдыха, и, что особенно важно – физическую активность.

На основании полученных данных разрабатываются рекомендации и комплекс короткой физкультминутки для очных аудиторных занятий. При согласовании с преподавателем, студенты в течение 3 – 5 минут проводят небольшую разминку.

Перед началом разминки желательно открыть окна или проветрить учебную аудиторию. Кружковцы или кто- то из студентов группы показывает и объясняет технику выполнения упражнений. Начинается разминка с исходного положения. Сердечная мышца тренируется даже при статических упражнениях. Поэтому упражнение, при котором студент встает прямо, подтягивая живот, опуская плечи и делает несколько глубоких спокойных дыхательных движений, положительно влияет на организм. Упражнения подбираются таким образом, чтобы обучающиеся могли комфортно их выполнять в аудитории, около рабочего места. Следующие два – три упражнения включают наклоны и повороты головы. Два подхода по 8 – 10 повторов. Затем несколько упражнений направлены на плечевой пояс: подъемы плеч, круговые движения плечами по одному и обоими вместе. Следующие упражнения направлены на спину. Руки соединить в замок за спиной и, потянув их назад, свести вместе лопатки. Сделать 8 – 10 повторов. Для перехода к следующему упражнению в таком положении сделать повороты корпусом вправо и влево. Сделать по два повтора упражнений на плечевой пояс и спину. Следующие упражнения позволяют проработать мышцы талии и таза. Студентам предлагают сделать несколько наклонов и поворотов бедрами. Последние упражнения направлены на стопы. Перекаты с носков на пятки, поочередное вращение стопами.

Новые реалии требуют развития культуры здоровья в условиях меняющейся окружающей среды. По данным ВОЗ до 80% преждевременных смертей от сердечно-сосудистых заболеваний можно предупредить, если здоровый образ жизни сделать своей привычкой. Студентам медицинского колледжа особенно важно воспитывать в себе навыки сохранения здоровья. Их личный пример поможет пациентам более тщательно и внимательно следить за своим самочувствием.

Список использованных источников:

1. http://www. Calend.ru (дата обращения 26.09.2021)
2. Основы физиологии человека //Учебник для высших учебных заведений под ред. акад. РАМН Б.И. Ткаченко.-Т.2.-Международный фонд истории науки, СПб.-1994.-411 с.

РОЛЬ МИОКАРДИАЛЬНЫХ МАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Трубилова Ирина Геннадьевна, преподаватель
ГБПОУ НО «Нижегородский медицинский колледж»
Нижний Новгород

В настоящее время считается доказанным, что причиной развивающегося инфаркта миокарда (ИМ) в более чем 80% случаев выступает тромбоз коронарной артерии, возникающий, как правило, на месте атеросклеротической бляшки с поврежденной поверхностью. По мере гибели кардиомиоциты высвобождают в кровоток огромное количество биологически активных веществ, в том числе внутриклеточные ферменты, включая АСТ, КК, ЛДГ, а также ряд специфических белков, таких как миоглобин, тропонины Ти I. Определение некоторых их них используется в клинической практике в качестве маркеров повреждения миокарда (миокардиальных маркеров).

Таблица 1. Биомаркеры некроза миокарда

Биомаркер	Молекул. масса, Д	Специфичность для миокарда	Преимущества	Недостатки	Длительность повышения
Миоглобин	18000	Нет	Высокая чувствительность и ПЦ (-)	Низкая специфичность при повреждении мышц и почечной недостаточности	↑ через 1-3 ч и держится 12-24 ч
Сердечный белок, связывающий жирные кислоты (h-FABP)	15000	+	Раннее выявление ИМ	Низкая специфичность при повреждении мышц и почечной недостаточности	↑ через 1-3 ч и держится 18-30 ч
КК-МВ (активность от общей КК)	85000	+++	Выявляет повторный ИМ	Низкая специфичность при повреждении мышц	↑ через 3-4 ч и держится 24-36 ч
Массовая конц-я КК-МВ	85000	+++	Раннее выявление ИМ	Недостаточная доступность	↑ через 3-4 ч и держится 18-30 ч
Сердечный тропонин I	37000	++++	Выявление ИМ до 14 сут, высокая специфичность, показатель для ранжирования риска	Не выступает ранним маркером некроза миокарда	↑ через 3-4 ч и держится 10-14 сут

Сердечный тропонин I	25000	++++	Выявление ИМ до 7 сут., высокая специфичность, показатель для ранжирования риска	Не выступает ранним маркером некроза миокарда	↑ через 3-4 ч и держится 4-7 сут

ИМ представляет собой динамический процесс, развитие которого происходит во времени. Повышение активности миокардиальных ферментов и концентрации миокардиальных белков в плазме крови, сопровождающие ИМ, выступает преходящим феноменом и имеет свои динамические закономерности.

Таблица 2. Динамика изменений миокардиальных макеров при инфаркте миокарда

Параметр	**Начало ↑ активности, ч**	**Максимум ↑ активности, ч**	**Возвращение к норме, сут**	**Кратность увеличения, раз**
АСТ	4-6	24-48	4-7	2-20
КК	2-4	24-36	3-6	3-30
КК-МВ	2-4	12-18	2-3	до 8
ЛДГ	8-10	48-72	6-15	до 8
ЛДГ 1	8-10	30-72	7-20	до 8
Миоглобин	0,5-2	6-12	0,5-1	до 20
Тропонин Т	3,5-10	12-18 (и 3-5 день)	7-20	до 400

Среди пациентов поступающих в больницу с болями в сердце, только у 10-15% имеется ИМ. Необходимость диагностики ИМ в ранние сроки продиктована тем, что тромболитическая терапия в первые 2-6 часов снижает раннюю смертность у больных в среднем на 30%; терапия, начатая через 7-12 часов, – лишь на 13%; терапия, начатая через 13-24 часа, – не снижает уровня смертности. В 30% случаев ИМ изменения на ЭКГ могут отсутствовать или быть недостаточно специфичными для постановки диагноза. Именно в этих, трудных для диагностики случаях, определение в крови миокардиальных маркеров подтвердить или опровергнуть диагноз ИМ.

Термин “миокардиальные маркеры” подразумевает, что используемые для диагностики ферменты и белки происходят из сердечной мышцы. В действительности это не так. Практически все они содержатся в других тканях, и повышение их уровня может быть результатом не только повреждения миокарда. На протяжении многих лет определение активности в крови АСТ, КК и ее МВ-изофермента и ЛДГ использовали в качестве маркеров для диагностики ИМ. Просто другие маркеры были недоступны для большинства лабораторий. За последние два десятилетия были проведены многочисленные клинические исследования с целью оценить эффективность и безопасность обследования и лечения больных с ИМ. Результаты исследований были положены в основу международных клинических рекомендаций по ведению больных с ИМ.

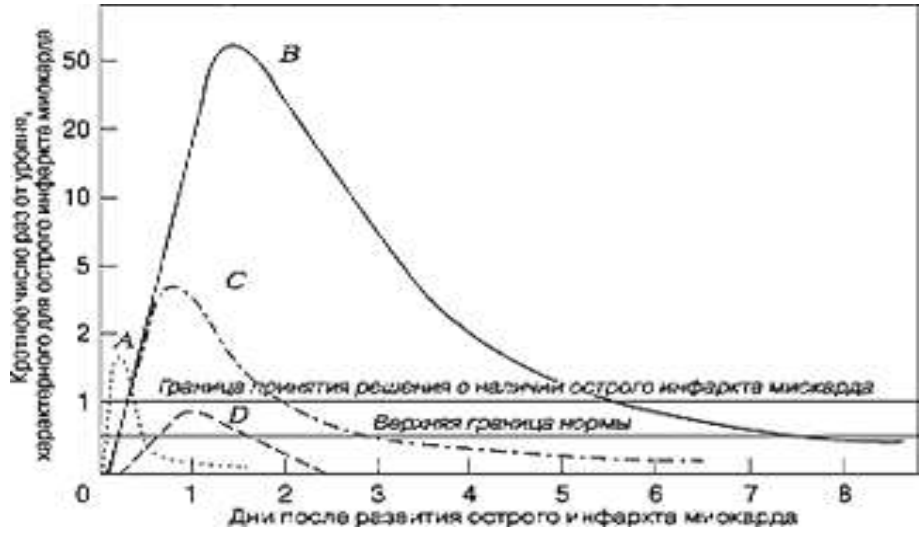
В рекомендациях указывается, что миокардиальные белки (тропонины Т и I) имеют почти абсолютную специфичность для ткани миокарда, а также высокую чувствительность, что позволяет выявлять даже микроскопические участки повреждения миокарда. Исследование тропонинов выступает обязательным для больных с подозрением на ИМ. Кардиальные тропонины должны быть определены при поступлении больного и повторно через 6-9 часов. Дальнейшие исследования проводятся через 12-24 часа, если результаты предыдущих исследований были отрицательными, а клиническое подозрение на ИМ высоко. В случае рецидива ИМ определение уровня тропонинов возобновляется через 4-6 часов от начала рецидива и далее повторно через 6-9 часов.

Определение уровня миоглобина в сыворотке крови и/или активности МВ-фракции КК должны прводиться при недавнем (менее 6 часов от возникновения острых болей за грудиной) появлении клинических симптомов (как ранние маркеры ИМ) и у больных с повторной ишемией после недавнего (менее 2-х нед) ИМ для выявления рецидива. В случае рецидива ИМ значение исследования миоглобина и КК-МВ возрастает, поскольку содержание тропонина может оставаться еще повышенным от первоначального эпизода некроза миокарда.

Пациенты с болью в груди и лабораторными результатами тропонинов Т(I) выше верхнего предела референтной величины должны рассматриваться как переносящие “повреждение миокарда”. Они должны быть госпитализированы и интенсивно наблюдаться, чтобы снизить риск, связанный с этим повреждением. Определение тропонинов позволяет обнаружить повреждение миокарда примерно у трети больных, не имеющих повышения МВ-КФК.

Для выявления или исключения повреждения миокарда необходимы повторные взятия крови и измерения в течение 6–12 ч после поступления и после любого эпизода сильной боли в грудной клетке. Изменение содержания различных маркеров некроза миокарда во времени по отношению к болевому приступу представлено на рис. 1. Миоглобин является относительно ранним маркером, тогда как повышение МВ–КФК и тропонина появляется позже. Тропонины могут оставаться повышенными в течение 1-2 недель, что затрудняет диагностику повторного некроза у больных с недавним ИМ.

Рис.1 Биохимические маркеры некроза миокарда и изменения их содержания в крови после болевого приступа



A – раннее высвобождение миоглобина или изоформ МВ-фракции КФК

B – сердечный тропонин после «классического» острого ИМ

C – МВ-фракция КФК после острого ИМ

D – сердечный тропонин после микроинфаркта

Таким образом, диагностика инфаркта миокарда непременно должна базироваться на определении уровня содержание специфических маркеров. В первую очередь, таких как тропонины, СК-МВ и миоглобин. Определение данных биомаркеров является чрезвычайно информативным методом диагностики инфаркта миокарда, и это очень важно, ведь инфаркт миокарда это патология, которая встречается довольно часто в наше время. Результаты определения количества биомаркеров повреждения миокарда помогут определить риски летального исхода, выбрать наиболее оптимальную тактику лечения и проследить эффективность назначенной терапии заболевания. Также, важным является определение количества биомаркеров и при хирургических манипуляциях на миокарде и коронарных сосудах. В данном случае, при повышении уровня тропонинов, уже можно поставить диагноз – инфаркт миокарда, даже без использования дополнительных методов диагностики этого заболевания, например, таких как ЭКГ. Однако изучение биомаркеров будет продолжаться.

Использованные источники:

1. Myocardial Infarction Redefined – A Consensus Document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the Redefinition of Myocardial Infarction. JAmerCollCardiol 2000; 36: 959– 1062
2. Plebani M., Harmonization in laboratory medicine: requests, samples, measurements and reports // Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences. 2016. Т. 53. № 3. С. 184-196.

ОРГАНИЗАЦИЯ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Уразгильдина Айгуль Гайнитдиновна, преподаватель
ГАПОУ РБ «Сибайский медицинский колледж»

Артериальная гипертензия (АГ) является актуальной проблемой здравоохранения, которое приводит к тяжелым осложнениям: инфаркту миокарда, инсульту, нарушению функции почек, сердечной недостаточности, а также ускоряет развитие ишемической болезни сердца и атеросклероза.

Исходя из вышеизложенного, весьма актуальны многолетние популяционные программы борьбы с АГ –организация Школы здоровья.

Школа АГ позволяет повысить информированность пациентов и улучшить ихпрактические навыки по рациональному лечению заболевания, профилактике осложненийи повышению качества жизни.

Основными целями функционирования Школ артериальной гипертензии являются:

- предупреждение рецидивов и прогрессирования АГ;

- обучение пациентов правильному приему лекарственных средств, оказанию самопомощи в экстренных случаях и убеждению в необходимости точного соблюдения всех назначений и рекомендаций лечащего врача;

- подробное обучение правильному и здоровому образу жизни, регулированию режима труда и отдыха, основам рационального питания.

Задачами Школы Здоровья для пациентов с артериальной гипертензией является:

- доведение до пациентов в доступной форме максимум информации о причинах, механизме и осложнениях артериальной гипертензии;

- ознакомление с факторами риска развития заболевания;

- формирование активного отношения пациента к собственному здоровью.

В основной цикл занятий входит:

1. Чтение лекций о причинах заболевания, клинических проявлениях артериальной гипертензии.
2. Оповещение пациентов о выполнении всех назначений врача, о своевременном приеме лекарственных препаратов, назначенных врачом.
3. Формирование активного отношения пациента к собственному здоровью, мотивация пациентов к оздоровлению (обеспечение больных памятками по здоровому образу жизни).
4. Обучение пациентов практическим навыкам измерения АД, роста, веса, окружности талии, подсчета индекса массы тела, пульса, основам рационального питания, физических тренировок.

5. Налаживание понимания между пациентом и врачом/семьей больного по вопросам профилактических мероприятий.

Программа обучения включает 7 структурированных занятий, посвященных основным наиболее важным проблемам контроля АГ:

Занятие 1. Что нужно знать об артериальной гипертензии.

Формирование у пациента понятия о сущности болезни и возможных осложнениях, о факторах риска. Обучение практическим навыкам измерения артериального давления, правильному ведению дневника пациента.

Занятие 2. Здоровое питание.

Формирование у пациента понятия «Здоровое питание». Оказание помощи в изменении диеты при артериальной гипертонии. Обучение правильному составлению меню при артериальной гипертензии.

Занятие 3. Ожирение и артериальная гипертензия.

Формирование у пациента понятия «Особенности питания при избыточной массе тела,способы ограничения калорийности рациона». Обучение навыкам измерения роста, веса, окружности талии, подсчета индексамассы тела и определение должного веса каждого слушателя.

Занятие 4. Физическая активность при артериальной гипертензии.

Формирование у пациента понятия о роли и значении физической активности для здоровья. Правила проведения тренировок: частота, продолжительность, интенсивность.Обучение навыкам выполнения физических упражнений при артериальной гипертензии, контроля интенсивности физических нагрузок, определения частоты пульса.

Занятие 5. Курение и здоровье.

Оказание помощи в устранении факторов риска, особенно отказа от курения. Информирование пациентов и членов их семей о возможности социальной и семейной поддержки для улучшения качества жизни.

Занятие 6. Стресс и здоровье.

Оказание помощи в устранении факторов стресса.Обучение методам преодоления стресса. Знакомство с упражнениями на расслабление.

Занятие 7. Медикаментозное лечение артериальной гипертензии.

Формирование привычки выполнения всех назначений врача.Обучениесамостоятельному подбору необходимой поддерживающей дозы медикаментов, оказанию самопомощи. Информирование о препаратах, используемых для лечения артериальной гипертензии, и их побочных эффектах, современных схемах медикаментозной терапии заболевания. Обучение пациентов методам немедикаментозного лечения заболевания и профилактики возможных осложнений.

Обучение в Школе АГ позволяет снизить неблагоприятные влияния на здоровьеповеденческих факторов риска (вредные привычки, питание, двигательная активность,контроль стресса), освоить методы самоконтроля артериального давления и самопомощи,первой доврачебной помощи при обострениях и гипертонических кризах, сформировать упациентов ответственное отношение к здоровью, а также повысить мотивацию к оздоровлению.

Правильная организация Школы Здоровья — огромный шаг к просвещению человека и улучшению качества его жизни.

Литература:

1. Артериальная гипертензия / под.ред. В. Зидека, пер. с нем. под ред. Д. А. Аничкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 206 с.
2. immunitet.org›lfk-pri-gipertonicheskoj-bolezni
3. https://health.mail.ru/disease/arterialnaya_gipertenziya/