

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

Сборник материалов межрегиональной
научно-практической конференции,
посвященной Году борьбы
с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Йошкар-Ола
2015 г

Печатается по решению оргкомитета конференции.

Редакционная коллегия:

Рыжков Л.В. – директор ГБУ РМЭ СПО «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 ГБУ РМЭ СПО «Йошкар-Олинский медколледж»

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

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

Макматова Н.Б. – заведующая УВО ГБУ РМЭ СПО «Йошкар-Олинский медколледж»

Материалы Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной Году борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями (Йошкар-Ола, ГБУ РМЭ СПО «Йошкар-Олинский медколледж», 2015 г.)

Материалы сборника адресованы работникам системы образования и здравоохранения

Оглавление

<i>Азин А.Л.</i>	Нейрососудистая патология головного мозга у лиц пожилого	
<i>Чумакова О.В.</i>	возраста, страдающих когнитивными расстройствами.....	5
<i>Аскарова Т.Х.</i>	Реальные возможности студентов медицинского колледжа в	
	выявлении лиц с повышенным артериальным давлением (на	
	примере акции «Узнай свое давление» в гг. Туймазы и	
	Октябрьский).....	9
<i>Бекбулатов Р.А.</i>	Фитнес как профилактика и лечение сердечно-сосудистых	
	заболеваний.....	12
<i>Березкина Е.Д.</i>	Оценка здоровья студентов и профилактика сердечно-сосудистых	
<i>Журавлев О.А.</i>	заболеваний.....	16
<i>Бурмистрова Е.К.</i>	Ожирение, соль, гиподинамия - факторы риска развития	
	артериальной гипертензии.....	19
<i>Валеева Т.А.</i>	Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний.....	24
<i>Валиуллин А.А.</i>	Целесообразность проведения полной реваскуляризации	
	коронарных артерий у пациентов с ОИМ с подъёмом сегмента ST..	29
<i>Валиуллин А.А.</i>	Пути повышения доступности и эффективности догоспитального	
	тромболизиса в реальной клинической практике.....	35
<i>Галиуллина М.Ш.</i>	Берегите сердце!.....	39
<i>Гарифуллина</i>	Берегите сердце.....	43
<i>Димова М.П.</i>	Факторы риска заболеваний сердечно-сосудистой системы.....	49
<i>Едифанова Е.Ю.</i>	Обучение будущих медицинских сестер профилактической	
	деятельности.....	52
<i>Жубрина Л.В.</i>	Внедрение здоровьесберегающих технологий в образовательный	
<i>Купцов А.Е.</i>	процесс на уроках физической культуры для школьников	
<i>Петяков В.Г.</i>	с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.....	57
<i>Журавлев О.А.</i>	Опыт использования внеаудиторных мероприятий как способа	
<i>Журавлева О.А.</i>	мотивации познавательной деятельности обучающихся.....	61
<i>Забашта О. Н.</i>	Особенности диагностики острого коронарного синдрома	
<i>Карузина И.М.</i>	у пациентов пожилого возраста в практике фельдшера скорой	
	помощи	64
<i>Иванова О.Р.</i>	Милосердие – одно из важнейших качеств медицинского	
	работника.....	68
<i>Иванова Н.Ю.</i>	Молчаливый и таинственный убийца	70
<i>Краснова Е.А.</i>	Неотложная помощь при инфаркте миокарда в регионах Самарской	
	области	73
<i>Кубасова Н.В.</i>	Сахарный диабет как фактор риска в развитии сердечно-	
	сосудистых заболеваний	76
<i>Лазарева Л.А.</i>	Анализ роли медицинской сестры в профилактике осложнений	
	гипертонической болезни.....	82
<i>Ларкина Л.Н.</i>	Санитарно-просветительская деятельность, как вид	
	самостоятельной работы студентов, эффективно способствующий	
	формированию общих и профессиональных компетенций	
	выпускников медицинского колледжа.....	86
<i>Мингазова Т.В.</i>	Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний у медицинских	
	работников лечебно-профилактических учреждений	88
<i>Миронова Л.М.</i>	Особенности организации питания больных атеросклерозом	91
<i>Мигунова Е.В.</i>	Роль медицинской сестры в профилактике и лечении сердечно -	
	сосудистых заболеваний (на примере кардиологического отделения	
	Ардатовской ЦРБ).....	94

<i>Недугова Н.П.</i>	Достижение выпускниками медицинского СПО компетентности в	
<i>Александрина Е.А.</i>	борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями.....	102
<i>Иевлева В.А.</i>		
<i>Беляева Л.Б.</i>		
<i>Леонтьева Е.Ю.</i>		
<i>Пигалин А.Л.</i>	Профилактика сердечно-сосудистых катастроф: что можно	
<i>Нагибин А.Ю.</i>	исправить?	106
<i>Разбежкина Н.Ю.</i>	Анализ приверженности к гипотензивной терапии у больных	
<i>Зиннатуллина Г.М.</i>	пожилого и старческого возраста	109
<i>Роженцова О.И.</i>	Роль гипохолестериновой диеты в профилактике сердечно-	
	сосудистых заболеваний	113
<i>Салеев В.Б.</i>	Особенности медикаментозной терапии гериатрическим больным	
	с болезнями кровообращения	115
<i>Салеев В.Б.</i>	Тромболитическая терапия инфаркта миокарда с подъемом	
	сегмента ST в условиях скорой помощи. Выбор оптимального	
	препарата	120
<i>Смирнова Н.Ю.</i>	Профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы	125
<i>Теплушкина Т.П.</i>	Формирование профессиональной компетентности педагога через	
	самообразование	130
<i>Трофимов А.В.</i>	Патриотическое воспитание студентов-медиков на занятиях	
	истории.....	134
<i>Тюкова О.А.</i>	Эффективные технологии общения.....	137
<i>Фатхуллина Н.В.</i>	Беременность и роды при сердечно-сосудистых заболеваниях	141
<i>Фомина Л.Н.</i>	Методика подготовки к устному выступлению	146
<i>Хасанова С.Ф.</i>	Лечебно-физическая культура при заболеваниях сердечно-	
<i>Абдрахманова О. Р.</i>	сосудистой системы.....	149
<i>Шиловская С.В.</i>	Психосоциальные проблемы пациентов	153
<i>Янбухтина Ф.М.</i>	Роль среднего медицинского работника в профилактике	
<i>Мухамадеев А.</i>	артериальной гипертензии.....	156
<i>Ярош Л.А.</i>	Стандарт профессиональной деятельности фельдшера скорой	
<i>Ярош С.Н.</i>	помощи при оказании неотложной медицинской помощи	
	пациентам с гипертоническим кризом.....	159

НЕЙРОСОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*Чумакова Ольга Владимировна, аспирант кафедры фундаментальной медицины Института
медицины и естественных наук МарГУ, врач-невролог*

ГБУ РМЭ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн»

*Азин Александр Леонидович, д.м.н., профессор, и.о. зав. кафедрой фундаментальной медицины
Института медицины и естественных наук МарГУ, зам. главного врача*

ГБУ РМЭ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн»

Йошкар-Ола, Республика Марий Эл

Известно, что для развития когнитивных нарушений важное значение имеют различные типы дефицита кровоснабжения мозговой ткани («критический объем поражения»). Не менее важным фактором является и топическая локализация ишемии в стратегически значимой зоне, повреждение ассоциативных межнейрональных путей. Поэтому исследование церебральной гемодинамики у больных с когнитивными расстройствами с определением церебро-васкулярной реактивности позволяет уточнить ведущий патогенетический компонент хронической ишемии, определиться с тактикой лечения, вопросами профессиональной и социальной адаптации.

Когнитивная деятельность является одной из основных функций человека. Возможности памяти, внимания, интеллекта формируют личность индивидуума, определяют успешность в обучении, в профессиональной деятельности, определяют его профессиональный и социальный статус.

В литературе есть данные о том, что у пациентов с легкими и умеренными (додементными) когнитивными расстройствами, когда они еще не достигают степени деменции, но уже затрудняют повседневную деятельность и обучение. Именно они представляют основную массу трудоспособного населения. Именно эти пациенты, еще не имея профессиональной и социальной дезадаптации, выполняют все основные функции в обществе, управляют процессами и персоналом, принимают решения, руководят, преподают и воспитывают. Именно таким пациентам врач может помочь наиболее полно (Путилина М.В., 2010).

Клиническая значимость умеренных когнитивных расстройств (УКР) заключается в том, что у большинства пациентов со временем наблюдается прогрессирование патологического состояния с развитием деменции. Примерно у 10-15% пациентов с УКР в течение года развиваются признаки того или иного варианта деменции (Dubois B., 2004; Petersen R.C., 2001, 2005). С другой стороны, примерно у 20-40% при динамическом наблюдении и лечении отмечается не

ухудшение, а улучшение когнитивных функций (Левин О.С., 2010).

Цель исследования.

Изучить особенности кровообращения головного мозга с учетом сердечно-сосудистых факторов риска у лиц пожилого возраста для выявления наиболее вероятного прогноза развития деменции на этапе формирования додементных когнитивных расстройств.

Материалы и методы

По амбулаторным картам было обследовано 120 пациентов в возрасте от 60 до 75 лет с признаками додементных когнитивных расстройств (ДКР).

Все обследуемые пациенты были разделены на 4 клинические группы:

1) ДКР на фоне хронической сосудистой патологии (СП) - начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга и ДЭП 1 стадии. 2) ДКР на фоне дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭП) 2 стадии. 3) ДКР на фоне стенозирующего атеросклероза магистральных артериях головы (АС МАГ). 4) ДКР на фоне последствий мозговых катастроф (ПМК) - (ОНМК), в том числе после транзиторных ишемических атак (ТИА). Все 4 клинические группы сопоставимы по возрасту, половой принадлежности, количественному составу: n=30 человек, из них 15 мужчин и 15 женщин. Кровоснабжение головного мозга исследовалось проведением ангиосканирования брахиоцефальных артерий (АС БЦА), в котором были рассмотрены 7 параметров, обнаруженных у данных больных и изучена выраженность когнитивных расстройств по данным MMSE. Для исследования использовался ультразвуковой аппарат «Acuson X 300». Оценка стеноза проводилась по методике ECST.

Результаты и обсуждение

1) В 1 группе с ДЭП I преимущественное поражение каротидного бассейна диагностировано у 16 (53%) пациентов, из них: мужчин - 9 (30%), женщин - 7 (23%); поражение обоих сосудистых бассейнов диагностировано у 14 пациентов (47%), из них: мужчин - 6 (20%), женщин - 8 (27%). Во 2 группе с ДЭП II поражение каротидного бассейна диагностировано у 8 (27%) пациентов, из них: мужчин - 3 (10%), женщин - 5 (17%); поражение обоих бассейнов – у 22 (73%), из них: мужчин - 12 (40%), женщин - 10 (33%). В 3 группе со стенозирующим атеросклерозом (АС) магистральных артерий головы (МАГ) поражение каротидного бассейна диагностировано у 11 человек (36%), из них мужчин: - 7 (23%), женщин - 4 (13%); поражение обоих бассейнов – у 19 (63%), из них: мужчин - 8 (27%), женщин - 11 (36%). В 4 группе при постинсультных состояниях поражение каротидного бассейна диагностировано у 11 человек (37%), из них: мужчин - 5 (17%), женщин - 6 (20%); поражение обоих бассейнов – у 19 пациентов (63%), из них: мужчин - 10 (33%),

женщин - 9 (30%).

2) Расположение атеросклеротических бляшек у пациентов 1 группы преобладало в устье обеих ВСА у 14 (47%) пациентов, из них: мужчин - 9 (30%), женщин - 5 (17%); во 2 группе - в устье правой подключичной и обеих ВСА 17 (57%), из них мужчин - 10 (33%), женщин - 7 (24%); в 3 группе: соответственно 10 (33%), из них мужчин - 3 (10%), женщин - 7 (23%); в 4 группе: соответственно 14 (47%), из них: мужчин - 6 (20%), женщин - 8 (27%); при этом на стенках сосудов имелись наложения тромботических масс.

3) Стенозирующий атеросклероз МАГ в 1 группе пациентов превалировал в устье обеих ВСА – 11 человек (37%) наблюдений, из них: мужчин - 7 (23%), женщин - 4 (14%); во 2 группе - в устье правой подключичной и обеих ВСА 17 пациентов (57%) наблюдений, из них: мужчин - 10 (33%), женщин - 7 (24%); в 3 группе - стеноз в этом же устье – 10 пациентов (33%) наблюдений, из них: мужчин - 3 (10%), женщин - 7 (23%); в 4 группе – стеноз в этом же устье - 14 (47%) наблюдений, из них: мужчин - 6 (20%), женщин - 8 (27%).

4) Наличие ангиодисплазии в 1 группе пациентов в виде патологической извитости (С-, S-, петлеобразной) имелось в обеих позвоночных артериях (ПА) у 12 пациентов (40%), из них: мужчин - 7 (23%), женщин - 5 (17%); во 2 группе - у 15 пациентов (50%), из них: мужчин - 7 (23%), женщин - 8 (27%); в 3 группе - у 13 человек (43%), из них: мужчин - 7 (23%), женщин - 6 (20%); в 4 группе - у 14 (46%), из них: мужчин - 7 (23%), женщин - 7 (23%). Наличие ангиодисплазии в виде аномалии входа левой ПА в 1 группе пациентов диагностировано у 4 человек (14%), из них: мужчин - 2 (7%), женщин - 2 (7%); во 2 группе пациентов расширение БЦ ствола диагностировано у 5 человек (17%), из них: мужчин - 3 (10%), женщин - 2 (7%); в 3 группе пациентов диагностирована петлеобразная раздвоенность правой у ПА 5 (17%), из них: мужчин - 3 (10%), женщин - 2 (7%); в 4 группе пациентов расширение БЦ ствола диагностировано у 3 человек (10%), из них: мужчин - 1 (3%), женщин - 2 (7%). Следует отметить, что данные неспецифичны, подвержены индивидуальным различиям.

5) Снижение скорости кровотока в 1 группе пациентов диагностировано в обеих ПА у 3 человек (10%), из них мужчин - 2 (7%), женщин - 1 (3%); во 2 группе - соответственно у 7 пациентов (23%), из них: мужчин - 4 (13%), женщин - 3 (10%); в 3 группе – у 7 человек (23%), из них: мужчин - 4 (13%), женщин - 3 (10%); в 4 группе пациентов снижение скорости кровотока в обеих ВСА и ПА диагностировано у 5 человек (17%), из них: мужчин - 3 (10%), женщин - 2 (7%). Также следует отметить, что данные неспецифичны, так как имеются компенсаторные механизмы регулирования гемодинамики.

6) Наличие признаков венозной недостаточности в 1 группе пациентов диагностировано у 29 человек (97%), из них: мужчин - 14 (47%), женщин - 15 (50%); во 2 группе - у 29 человек (97%), из них: мужчин - 15 (50%), женщин - 14 (47%); в 3 группе - у 28 пациентов (94%), из них: мужчин - 14 (47%), женщин - 14 (47%); в 4 группе - у 29 (97%), из них: мужчин - 15 (50%), женщин - 14 (47%).

7) Гипертоническая макроангиопатия в 1 группе пациентов диагностирована у 28 человек (93%), из них: мужчин - 13 (43%), женщин - 15 (50%); во 2 группе – у 30 (100%), из них: мужчин - 15 (50%), женщин - 15 (50%); в 3 группе - у 30 (100%), из них: мужчин - 15 (50%), женщин - 15 (50%); в 4 группе: 30 (100%), из них: мужчин - 15 (50%), женщин - 15 (50%).

8) Данные MMSE в 1 группе пациентов отмечались легкие КР; во 2 группе - умеренные КР. В 3 и 4 группах данные MMSE переменчивы - от легких когнитивных расстройств до легкой степени деменции.

Заключение

1) Чаще всего нормальные показатели кровоснабжения мозга наблюдаются в группе ДЭП I, что доказывает функциональный характер когнитивных нарушений.

2) В 1-й группе, страдающих ДЭП I наблюдалось преимущественное поражение каротидного бассейна, в остальных группах преимущественное поражение каротидного и вертебро-базилярного бассейнов.

3) Наличие атеросклеротических бляшек в 1 группе преобладало в устье обеих ВСА, в остальных группах - в устье правой подключичной и обеих ВСА, при этом в 4 группе: на стенках сосудов имелись наложения тромботических масс. При наличии стеноза в 1-й группе количество бляшек преобладало в устье обеих ВСА, в остальных группах - в устье правой подключичной и обеих ВСА; во всех группах наблюдались признаки венозной недостаточности и наличие гипертонической макроангиопатии.

4) Наиболее разнообразные типы изменения МК встречаются в группе при постинсультных состояниях.

5) Изменения в системе кровоснабжения мозга, например, совокупное количество вариантов и аномалии строения артерий головного мозга, являются критериями вероятного когнитивного дефекта. Атеросклеротические стенозы сонных артерий (СА) с предшествующими ТИА и/или инсультами характеризуются когнитивными расстройствами (КР).

Таким образом, возникновение КР определяется взаимодействием ряда факторов – этиологических (сосудистые функциональные расстройства); структурно-морфологических, особенностями индивидуума (возраст, уровень образования) и состоянием когнитивной сферы. Диагностика поражений

магистральных артерий головы занимает ведущее место в подходе к решению проблемы ЦВЗ, так во многом определяет как стратегию лечебно-профилактических мероприятий в целом, так и тактику выбора лечения для каждого конкретного больного.

Реальные возможности студентов медицинского колледжа в выявлении лиц с повышенным артериальным давлением (на примере акции «Узнай свое давление» в гг. Туймазы и Октябрьский)

*Аскарва Такзима Ханзафаровна, преподаватель
ГАПОУ РБ «Туймазинский медицинский колледж»
Туймазы, Республика Башкортостан*

Артериальная гипертония (АГ) на протяжении последних 2-3 десятилетий остается одной из главных причин заболеваемости и смертности в современном мире. По мнению экспертов ВОЗ, она служит причиной примерно 2/3 случаев инсультов и половины случаев инфаркта миокарда. Ежегодно от осложнений артериальной гипертонии умирают более 7млн. человек. В настоящее время число пациентов с АГ в мире уже превысило 1млрд человек.[4, с.7]

Многие страны, в том числе и наша, имеют государственные программы борьбы с артериальной гипертонией и ее осложнениями.[9, 10, 11] Но главная роль в достижении результатов лечения принадлежит самому пациенту. [12] Для этого он должен быть хорошо осведомлен обо всех аспектах собственного заболевания. Еще один важный момент – заболевание длительно протекает малосимптомно. Многие пациенты не подозревают о наличии повышенного давления.[6, с.4; 4, с.9] Поэтому, нами проведена работа по измерению АД населения в городах Туймазы и Октябрьский с анализом полученных данных, выводами и рекомендациями.

Цели исследования:

- 1) изучить информированность населения о величине своего артериального давления;
- 2) повысить информированность населения о факторах риска АГ.

Задачи:

- 1.Изучить теоретические аспекты вопроса по различным источникам литературы.
- 2.Разработать для населения памятки по модифицированным факторам риска артериальной гипертонии.
- 3.Выявить лиц, имеющих повышенное АД, информировать их, рекомендовать

обратиться к участковому терапевту.

4.Повысить информированность населения о факторах риска АГ.

Гипотеза исследования – предполагается, что информированность населения о наличии повышенного АД можно повысить измерением студентами артериального давления.

Объект исследования: население различных возрастных категорий в гг. Туймазы и Октябрьский.

Предмет исследования: знание индивидуумов о своем повышенном уровне АД.

Методы исследования: измерение артериального давления у населения по методу Н.С. Короткова [9, с.9], минианкетирование населения, статистическая обработка данных.

Практическая значимость

Показать реальные возможности студентов в выявлении лиц с повышенным АД.

Применение результатов исследования и разработанные рекомендации по факторам риска АГ: на занятиях при изучении данной темы и в ЛПУ при проведении лечебно – профилактических работ.

Нами была проведена подготовительная работа: определены места проведения акции «Узнай своё давление», составлены буклеты с факторами риска АГ, таблицы.

Количество исследованных составило 579 человек. Обратившихся мужчин для измерения АД было в 2 раза меньше чем женщин (лучше пострадать от пули, чем узнать, что у тебя гипертония). Для анализа полученных результатов также была проведена градация по возрастам.

Для работы использовали таблицу, предложенную Всероссийским научным обществом кардиологов Определение и классификация уровней АД, где отдельно выделен уровень АД – высокое нормальное (систолическое 130 – 139 и диастолическое 85 – 89 мм рт. ст.). Таковых оказалось 50% исследованных мужчин и 26% женщин среди лиц с нормальным АД.

В изученных нами источниках на эту категорию не обращено должного внимания, хотя по таблице Стратификация риска сердечно - сосудистых осложнений у больных с АГ для определения прогноза и тактики лечения высокое нормальное АД уже является риском. К тому же, у обследованных лиц были еще другие факторы риска: у одних – курение, у других – ожирение, у третьих - возраст или сочетание этих факторов. Поэтому уровень риска смерти (по Европейской модели оценки риска – SCORE –) у этой категории от низкого до высокого (от 4 до 8%).

Всего повышенное АД определилось у 65 мужчин, что составило 33%; у женщин соответственно 131 – 34% из числа обследованных.

Показатель распространенности АГ достоверно увеличивается с возрастом, при этом до 40-летнего возраста она выше у мужчин, а после 50 лет – у женщин.[12] Об этом свидетельствуют и полученные нами данные: у мужчин повышенное АД в возрасте до 40 лет – 11%, после 40 лет – 44%; у женщин соответственно 5% и 46%.

В то же время, определение такого числа лиц с повышенным АД говорит о неэффективности лечения АГ, т. е. не достижения целевого уровня АД. В тоже время респонденты отмечали, что принимают антигипертензивные препараты (диротон, энап, эгилок, конкор, метапролол, индапамид, магnezия и др.). По данным мониторинга АГ, целевой уровень АД в среднем достигался и поддерживался в течение года только у 22% больных с широкими вариациями в разных учреждениях – от менее 1 до 74% [4, с.10]. По другим источникам [5,8], эффективными препаратами при АГ лечатся 58% пациентов. Но из них на учете состоит 41%. Через 1 год остается только 21%. Остальные выходят из поля зрения.

Ещё одной проблемой является неосведомленность лица о наличии у него гипертонии. По данным Центра профилактической медицины, осведомлены о наличии у них АГ 48% [1, с.12]. По результатам наших исследований, из 196 человек знали о наличии АГ 132 (67%), соответственно % неосведомленных составил 33.

Выводы

С целью выявления лиц с АГ и повышения информированности населения нужно привлекать студентов для массового измерения АД.

Не только подтвердилась выдвинутая гипотеза, но были сделаны и другие важные выводы:

- увеличение с возрастом количества больных страдающих АГ: у 44% мужчин старше 40 лет повышено АД, у женщин в 46% случаях;
- 33% из числа лиц с повышенным АД были не осведомлены об этом;
- отсутствие должного внимания на лиц с высоким нормальным АД, которое определилось у 50% мужчин и у 26% женщин среди лиц с нормальным АД;
- высокий процент не достижения целевого уровня АД при лечении.

Считаем, что результаты анализа повысят интерес студентов к изучаемой теме. Также можно использовать данные при проведении занятий в школах Гипертонической болезни, при подготовке населения для эффективного прохождения предстоящих ежегодных диспансеризаций.

Список использованной литературы

1. Маколкин В.И. Лечение гипертонической болезни. Врач, 2003, 4, 12-15
2. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Семенов Н.Н. Внутренние болезни. Москва. Медицина, 1998.
3. Моисеев В.С. и другие. Снижает ли антигипертензивная терапия риск развития деменции? Клиническая фармакология и терапия. 2009, 3, 9-13.
4. Ощепкова Е.В., Лазарева Н.В., Балыгин М.М., Гриднев В.И., Довгалевский П.Я. Мониторинг мероприятий по профилактике и лечению артериальной гипертонии и её осложнений. Здоровоохранение Российской Федерации. 2011, 2, 7-11.
5. Пасиашвили Л.М. Справочник по терапии с основами реабилитации. Феникс, 2004.
6. Сон И.М., Леонов С.А., Огрызко Е.В. Современные особенности заболеваемости взрослого населения. Здоровоохранение Российской Федерации. 2010, 1, 3-6.
7. Чазов Е.И. Есть только миг. Медицинская газета, 2009-10.06.-№42.
8. Чазова И.Е. Алгоритм диагностики и лечения артериальной гипертонии. Consilium medicum, 2003.
9. Приказ №4 от 24.01.2003 Министерства Здравоохранения Российской Федерации. О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертонией в Российской Федерации.
10. Республиканская целевая программа «Артериальная гипертония» на 2009-2013 годы.
11. Целевая программа «Артериальная гипертония» городского округа город Октябрьский Республики Башкортостан на 2009-2013 годы.
12. «Артериальная гипертония – врач, больной, болезнь» - Материалы Республиканской образовательной школы – семинара 18.10.2012. [http:// Kardter.Narod.ru/ lekcia7.htm](http://Kardter.Narod.ru/lekcia7.htm).
13. Три уровня, ведущие к успеху (интервью министра здравоохранения РФ В.И.Скворцовой). Медицинская газета, 2012 – 09.11. - №84.

Фитнес как профилактика и лечение сердечно – сосудистых заболеваний

Бекбулатов Радион Александрович, преподаватель

Шенталинского филиала ГБПОУ ТМедК

ст. Шентала, Самарской области, РФ

Фитнес – довольно популярный в последнее время вид физических нагрузок. Если углубляться в теорию того, что такое фитнес, то окажется, что это целая наука,

исследующая механизмы двигательной активности человека и ее влияние на организм. Целью занятий фитнесом является улучшение показателей силы, гибкости и выносливости за счет накопления пластических и энергетических веществ. При этом человеческий организм функционирует, обеспечивая полноценный физический и психологический комфорт.

Фитнес зародился в США как альтернативный бодибилдингу вид физических нагрузок. Главными показателями в ответе на вопрос, **что такое фитнес**, являются общий тонус организма, внешняя привлекательность, не спрятанная за горой мышц, осознание культуры тела и здорового питания, здорового образа жизни в целом.

В переводе с английского слово фитнес означает «*соответствие*». Кому и чему соответствовать – это уже личное дело каждого человека, решившего заняться собственным здоровьем и совершенствованием своего тела, на себе испытать, что такое фитнес и для чего он нужен.

Пожалуй, наиболее верным будет утверждение, что фитнес призван обеспечить человеку гармонию души и тела. Если возвращаться к переводу, то красота души должна соответствовать красоте тела – и наоборот. Фитнес – это еще и способ снять напряжение, расслабиться после рабочего дня.

Современный фитнес является символом хорошего «качества» жизни. Это определенный образ жизни, гордость своими достижениями и успехами, осознание победы над собой, постоянное самосовершенствование, выработка стрессоустойчивости, укрепление иммунной системы.

Отвечая на вопрос о том, **для чего нужен фитнес**, нужно отметить, что он хорош еще и тем, что программа занятий подбирается инструктором по фитнесу строго индивидуально с учетом заболеваний (или предрасположенности к ним), уровня физической подготовки, возраста, веса и т.д.

Так, для профилактики атеросклероза, ишемической болезни сердца и других сердечно-сосудистых заболеваний хороша фитнес-программа в виде ежедневных прогулок быстрым шагом в течение 30-40 минут. Начинать нагрузки нужно с малого, в течение двух недель постепенно доводя их до нормы. Можно использовать во время ходьбы дополнительные нагрузки в виде тяжестей (3-5 кг).

А для тех, кто задумывается над тем, что такое фитнес, в целях борьбы с лишним весом, программа занятий фитнесом более насыщена и по времени занимает час-полтора. Эффективными в борьбе с ожирением занятия фитнесом будут при условии постоянной смены видов деятельности. Это обеспечит нагрузку на различные группы мышц, а значит, более быстрое сжигание лишних жиров.

Отдельное место в системе фитнеса занимает аэробная тренировка, при которой все клетки организма обеспечиваются кислородом и таким образом

происходит расщепление молекул пищи, а жир перерабатывается в энергию. К видам аэробных нагрузок относятся ходьба, бег, плавание, езда на велосипеде, аэробика, танцы. Аэробная тренировка – это упражнения средней степени интенсивности.

К упражнениям высокой степени интенсивности относятся анаэробные тренировки, при которых существенно ускоряется обмен веществ (чего нет при аэробных нагрузках). Анаэробные нагрузки способствуют быстрому сжиганию калорий и увеличению мышечной массы.

Особое внимание тем, кто заинтересован в получении информации о том, что такое фитнес, стоит обратить на культуру питания во время занятий фитнесом. В меню занимающегося фитнесом человека особое место должны занимать углеводы (крупы, фрукты, овощи, хлеб), необходимые для сжигания жиров.

Чем полезен фитнес?

Фитнес полезен, как и любая регулярная физическая нагрузка. Это отличный способ поддерживать себя в хорошей форме и заботиться о собственном здоровье. Разнообразные виды фитнеса дают возможность каждому человеку найти занятие, которое не только даст ему необходимую для организма нагрузку, но и принесет удовольствие.

Фитнес тренирует мышечную силу, выносливость, развивает гибкость, увеличивает в крови количество кислорода, ускоряет обмен веществ и способствует скорейшему выводу из организма продуктов распада. Сердечно-сосудистую систему можно оздоровить с помощью аэробных тренировок, гимнастика и йога полезны для гибкости суставов, различные тренажеры предназначены для самых разных групп мышц.

Фитнес рассчитан не на достижение спортивных результатов, а на решение индивидуальных проблем, занятия формируют определенный образ жизни, где на первое место ставится сам человек, его потребности и его развитие.

Занятия фитнесом формируют творческий и позитивный подход и к жизни в целом, и к самому себе. Формируя собственное тело, преображая его, человек непроизвольно формирует и окружающую его действительность, создавая вокруг себя гармонию и красоту. Недаром же фитнесом занимаются многие успешные люди!

Фитнес при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Очень часто люди, имеющие заболеваниями сердечно-сосудистой системы, боятся посещать фитнес клубы. Да и врачи, опасаясь за исход спортивных занятий, настоятельно советуют быть очень осторожными.

Их можно понять, ведь даже в обычной жизни любая физическая нагрузка при

заболеваниях сердечно-сосудистой системы доставляет немало сложностей: усиление сердцебиения, повышение артериального давления, появление одышки и головной боли.

Тем не менее, отсутствие физической нагрузки, особенно на ранних стадиях развития сердечно-сосудистых заболеваний зачастую только ускоряет их прогрессирование!

Особенно это относится к людям, страдающим избыточным весом и ожирением. Гиподинамия замыкает порочный круг, и заболевание берет верх над вполне дееспособными молодыми людьми.

С чего следует начинать физические занятия при сердечно-сосудистых заболеваниях?

С постепенной тренировки сердечно-сосудистой системы. Первичная адаптация к нагрузкам у среднестатистического человека занимает около трех недель регулярного выполнения физических упражнений. Уже к этому времени можно ощутить первые положительные сдвиги в самочувствии!

Как дозировать тренировочную нагрузку?

Если человек, страдающий сердечно-сосудистыми заболеваниями, имеет лишний вес или ожирение, то ему рекомендуется специальная гимнастика.

Всем остальным рекомендуется заниматься от 4 до 6 раз в неделю, длительность занятия составляет в начале тренировочного процесса от 15 до 40 минут (в зависимости от тяжести основного заболевания) с последующим увеличением по 5 минут каждую неделю. Максимальное время тренировки не должно превышать 60 минут. На первых порах, лучше тренироваться под наблюдением врача или инструктора лечебной физкультуры.

Какую тренировку выбрать?

К примеру, самым простым способом тренировки является тот, при котором нагрузка должна быть подобрана таким образом, чтобы при скорости педалирования велоэргометра 60 оборотов в минуту частота сердечных сокращений находилась в целевой зоне пульса. Эту процедуру легко пройти во врачебном кабинете практически любого фитнес-клуба.

Эффективным и безопасным для людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями также считается интервальный метод тренировки. Его суть заключается в том, что в начале тренировки делается 5-ти минутная разминка. Частота пульса не должна превышать 100 уд\мин.

После этого следует 5-ти минутная нагрузка на велотренажере (педальирование со скоростью 60–70 об/мин). Пульс при этом не должен превышать и быть менее 120 уд\мин. Затем следует 3-минутный период медленного педальирования

с восстановлением пульсовых показателей. За время тренировки число периодов отдыха и интенсивного педалирования должно равняться шести.

Обязательным условием является то, что лечение должно проходить под наблюдением врача-кардиолога. Только он может определить какое обследование нужно больному, какие мед препараты подходят ему, какая физическая нагрузка не повредит организму, назначит нужную диету для снижения массы тела. Необходимо научиться жить без стрессов. Стараться быть доброжелательным, не держать зла на людей, бороться с завистью. Как можно меньше смотреть телепрограмм несущих негативные эмоции. Всегда стремиться к гармоничным отношениям в семье. Все это влияет на сердце, ведь все эмоции и переживания проходят через такой небольшой, но такой важный орган в теле человека.

Природой заложен большой потенциал для нормальной работы сердца. Если его беречь то оно без усталости будет работать больше ста лет, при этом человек сохраняет ум и ясность мышления. Надо только трепетно относиться к нему и сердце обязательно отблагодарит.

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ И ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Березкина Елена Дмитриевна, преподаватель

Журавлев Олег Александрович, преподаватель

ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной»

филиал «Новокуйбышевский медицинский колледж»

г. Новокуйбышевск Самарская область

Ежегодно 29 сентября отмечается Всемирный день сердца. Он проводится по инициативе Всемирной федерации сердца с 2000 года. Мотивом проведения стало стремление повысить информированность общественности о том, что болезни сосудов сердца и головного мозга являются лидирующей причиной смерти в мире. В 2015 году темой Всемирного Дня сердца выбран девиз: "Здоровый выбор для здорового сердца всегда и везде". Акцент Всемирного дня сердца в этом году делается на создание условий для здорового сердца. В России 2015 год объявлен Национальным годом борьбы с сердечно - сосудистыми заболеваниями.

По данным ВОЗ одной из главных причин роста сердечно - сосудистых заболеваний населения является отсутствием культуры здоровья. Работники здравоохранения, в том числе и среднее звено, стремятся донести до населения знания о заболеваниях сердечно - сосудистой системы (ССЗ) и побудить людей к

действиям, направленным на их снижение.

Уменьшить число больных ССЗ может грамотная профилактика.

Преподаватели и студенты филиала «Новокуйбышевский медицинский колледж» активно включились в эту работу. Был создан проект «Нам сердце каждому дано, пусть дольше служит нам оно».

Первым этапом реализации проекта была собрана база данных о том, в какой степени студенты информированы о данных патологиях. Для этого проведена беседа со студентами о причинах развития сердечно - сосудистых заболеваний и их профилактике.

Вторым этапом проведен мониторинг данных антропометрии, индекса массы тела, артериального давления, пульса в спокойном состоянии и в условиях нагрузок разной интенсивности. В обследовании приняло участие 54 студента, из них - 4(7,4%) человека юноши, девушки - 50(92,6%) человек. Средний возраст обследованных составил 18 лет.

Проводился анализ на предмет наличия у студентов вредных привычек. Так, например, на вопрос «Вы курите?» утвердительно ответили 12(22,2%) человек, отрицательно - 42(87,8%) человека. Низкую двигательную активность отмечают 38(70,4%) человек, то есть у них прослеживается гиподинамия. Остальные студенты 29,6% ведут активный образ жизни: посещают спортивные секции, предпочитают отдых на природе, пешие прогулки.

После анализа полученных данных сделаны следующие выводы.

1. Студенты недостаточно владеют информацией о состоянии своего здоровья.
2. У студентов слабо выражена установка на ведение здорового образа жизни и занятия физической культуры.
3. Необходимо акцентировать внимание студентов на наличие у них факторов риска развития сердечно - сосудистых заболеваний.

Результатом синтеза явилось создание рекомендаций для студентов различных групп риска в форме буклетов. Основой содержания буклетов стали следующие положения.

- Главный помощник в профилактике ССЗ - физкультура.
- Польза лечебной физкультуры не вызывает сомнения, при активных занятиях на свежем экологически чистом воздухе, усиливается кровообращение, происходит насыщение клеток и тканей организма кислородом, укрепляется сердечная мышца. Активные движения препятствуют отложению холестерина в системе сосудов, так как они более активно включаются в энергетический обмен и

сгорают, не причиняя организму вред.

- Адекватные физические нагрузки являются абсолютно необходимым условием поддержания здорового сердца, улучшения кровотока. Несомненно, интенсивные физические нагрузки должны соответствовать уровню возраста, физического и психологического состояния человека, наличию сердечно - сосудистых заболеваний.

- Для правильного построения тренировок, следует придерживаться следующих правил.

1. Упражнения должны начинаться с ходьбы, для укрепления мышечного корсета.

2. Любая нагрузка Должна начинаться с разминки.

3. Важнейшим условием оздоровления становится систематичность занятий.

4. Пульс необходимо поддерживать в интервалах 120-140 ударов в минуту.

5. При возникновении неприятных или болевых ощущений занятие прекратить.

Здоровое рациональное питание играет немаловажную роль в профилактике сердечно - сосудистых заболеваний. Одной из главных причин заболевания является недостаточное употребление в пищу полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК), необходимых для нормального липидного обмена в организме человека. Для поддержания достаточного уровня ПНЖК полезно употреблять в пищу 1-2 раза в неделю: рыбу отварную или приготовленную на пару; орехи; авокадо; зерновые каши; тыкву; брокколи; гранат.

- Нельзя забывать, что опасный враг организму – стресс. При стрессе вырабатывается гормон адреналина, который заставляет сердце учащенно биться, сосуды при этом спазмируются и сужаются, повышается артериальное давление. Рекомендации для профилактики спазмов сосудов.

1. Чаще бывать на природе.

2. Не допускать близко к сердцу неприятности.

3. Оставлять все мысли за порогом, приходя домой.

4. Слушать приятную музыку.

5. Необходимо настраивать себя на позитивные эмоции.

- Вредные привычки продолжают оставаться доминирующими факторами развития патологий сосудов.

1. Никотин вызывает спазм сосудов, повреждаются их стенки, откладываются атеросклеротические бляшки, которые являются частой причиной осложнений сердечно-сосудистых заболеваний.

2. При приеме алкоголя, этанол действует быстро, под его воздействием эритроциты получают отрицательный заряд и начинают слипаться друг с другом, тем самым ухудшая проходимость сосудов, что приводит к развитию тромбов.

Проведенная работа и полученные результаты показали, что в нашем колледже существуют значительные резервы способов и форм исследовательской, научно – просветительской деятельности, способных выявлять проблемы, связанные с ССЗ, и выявить дальнейшее расширение и углубление работы в этом направлении.

Ожирение, соль, гиподинамия - факторы риска развития артериальной гипертензии

*Бурмистрова Елена Константиновна, к.м.н., преподаватель
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Медико-фармацевтический колледж
Казань, Республика Татарстан*

Актуальность проблемы:

В России ежегодный экономический ущерб, обусловленный временной и стойкой утратой трудоспособности, преждевременной смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) превышает 30 млрд. руб. и постоянно растет.

На сегодняшний день главным направлением в медицине является профилактика заболеваний. Для категории ССЗ актуальным является воздействие на факторы риска развития заболеваний.

Факторы риска развития ССЗ, в частности артериальной гипертензии (АГ), подразделяются на четыре большие группы: медико-биологические, социально-гигиенические, поведенческие факторы и образ жизни, производственные факторы.

- Медико-биологические факторы риска, к которым исследователи относят отягощенную наследственность, тип личности, возраст, пол, избыточную массу тела [1, 8, 9], сопутствующие заболевания (синдром вегетативной дистонии) [10].

- Социально-гигиенические факторы риска – неполная семья, низкий подушевой доход, стаж работы [1,8,10].

- Поведенческие факторы и образ жизни – табакокурение, избыточное потребление соли, употребление алкоголя, употребление продуктов с повышенным содержанием холестерина [1,8,10].

- Производственные факторы – гиподинамия, психо-эмоциональное перенапряжение [1,8].

Также все выше перечисленные факторы можно разделить на две группы: устранимые и неустраимые. На устранимые факторы можно воздействовать, при этом изменяется их влияние на организм, а на не устранимые факторы изменить нельзя.

На мой взгляд, наиболее интересными факторами риска развития ССЗ являются: избыточная масса тела, чрезмерное употребление поваренной соли и гиподинамия.

Рассмотрим все по-порядку. Первым фактором риска является *ожирение*.

ВОЗ (Всемирная Организация Здравоохранения) рассматривает ожирение как эпидемию, интенсивно распространяющуюся во всех странах мира. В настоящее время в большинстве стран Западной Европы ожирением (индекс массы тела >30) страдают от 10 до 25% населения, в США от 20 до 25%. Избыточную массу тела (ИМТ от 25 до 30) в индустриально развитых странах, кроме Японии и Китая, имеют около половины населения. В России по данным эпидемиологических исследований, проведенных Институтом питания РАМН, в 90 годах 20 века ожирением страдали 20% мужчин и 30–40% женщин трудоспособного возраста, а около 25% городского трудоспособного населения имели избыточную массу тела. Настораживает тот факт, что около 15% молодых людей в возрасте от 15 до 20 лет также имеют избыточную массу тела.

Избыточная масса тела, переходящая в ожирение, определяется с помощью индекса массы тела (ИМТ). Существует несколько методов определения индекса массы. Один из них рассчитывается следующим образом:

$$\text{масса тела [в кг]} / \text{рост [в (м)}^2\text{)] (индекс Кетле)}$$

Для определения наличия ожирения используются следующие показатели индекса Кетле:

- недостаточная масса тела - <18,5
- в норме - 18,5–24,9
- избыточная масса тела при индексе Кетле >25,0: предожирение диагностируется при 25,0–29,9, ожирение 1 степени при 30,0–34,9, ожирение 2 степени - 35,0–39,9, ожирение 3 степени - >40,0 индексе массы тела [3].

Ожирение также является одним из основных факторов риска развития ИБС. По данным Фремингемского исследования у 78% мужчин и 64% женщин АГ обусловлена ожирением [12,14]. У лиц с ожирением АГ встречается в 2,5 раза чаще. У пациентов, страдающих ожирением, отсутствует снижение АД в ночное время. При снижении массы тела на 10 кг АД нормализуется у 75% больных АГ 1 степени [3].

Существуют также исследования, в которых изучается связь между смертностью от ССЗ и индексом массы тела Кетле. Оказалось, что при переходе от высоких к средним значениям индекса Кетле наблюдается снижение смертности. Однако это происходит до значения ИМТ 22-27 кг/м² (minimum mortality point). При более низких значениях ИМТ (<22 кг/м²) и при более высоких значениях (>27 кг/м²) смертность от ССЗ начинает увеличиваться. Кривая связи между ИМТ и смертностью от ССЗ имеет U-образную форму [5].

Профилактика ожирения:

1. Регулярное сбалансированное питание.
2. Физическая нагрузка.

Следующим фактором риска является *чрезмерное употребление поваренной соли*. Это подтверждается рядом проведенных исследований (DASH-sodium, NHEFS, ТОНР I, ТОНР II, Intersalt), в которых доказано, что повышенное потребление поваренной соли способствует повышению риска развития ССЗ [4,15]. Существует понятие «солевая чувствительность человека». В мире среди лиц с нормальным АД 18-20% относятся к солечувствительным, 66% и более - к соленечувствительным и 15% имеют парадоксальную чувствительность. В России доля солечувствительных лиц составляет 62,5%, доля соленечувствительных — 29,2-39%. [92]. Ещё в 1985 году ВОЗ рекомендовала уменьшить суточную дозу поваренной соли (хлорида натрия) до 5 г/сутки и ниже [15].

В 1957г. Г.З. Ишмухаметовой была предложена гипохлоридная калиевая диета, при лечении больных которой проводились динамические исследования калия в сыворотке крови, хлоридов в цельной крови и в моче. Эта диета отвечала физиологическим нормам, выработанным Институтом питания АН СССР. Она содержала 73 г белка, 54 г жира, 334 г углеводов, что давало 2165 калорий в сутки. Диета бедна холестерином (300 мг вместо нормального содержания 550 мг), поваренной солью (меньше 4 г) и натрием (1625 мг) и богата калием (6508 мг). Опыт показал - рисово-овощная бессолевая диета оказывает благотворное действие на больных гипертонической болезнью: улучшается самочувствие, исчезают головные боли, понижается повышенное АД, нормализуется сон. При этом имеет место снижение повышенного содержания холестерина. Нормализуется также содержание электролитов, белковых фракций крови [6].

Разработаны рекомендации по профилактике злоупотреблению поваренной солью.

1. Исключить пищевые продукты, содержащие много соли (консервированные, соленые, копченые);

2. Обратить внимание на маркировку продуктов, прошедших специальную обработку, на содержание соли в них;
3. Увеличить потребление продуктов с низким содержанием соли (овощи, фрукты);
4. Снизить количество соли, добавляемое в процессе приготовления пищи [11].

Последним фактором риска развития ССЗ является *гиподинамия*. На распространенность ССЗ влияет малоподвижный образ жизни. Многие исследователи считают, что физические нагрузки умеренной интенсивности предупреждают развитие ССЗ:

- снижение работы сердца и его потребности в кислороде вследствие снижения ЧСС в покое и при субмаксимальной физической нагрузке [7];
- улучшение скорости артериальной пульсовой волны и уменьшение ригидности сосудистой стенки, увеличение общей системной податливости сосудов [13];
- повышение электрической стабильности миокарда вследствие уменьшения локальной ишемии в покое и при нагрузке, снижение содержания катехоламинов в миокарде [7];
- повышение доставки кислорода к органам за счет увеличения просвета кровеносных сосудов [7].

При увеличении физической активности наблюдается уменьшение курения, снижение массы тела, улучшаются показатели углеводного обмена, повышается фибринолитическая активность крови, изменяется липидный спектр плазмы крови (снижается уровень атерогенных липопротеидов и повышается уровень антиатерогенных)[2,7].

Мероприятия, направленные на борьбу с гиподинамией:

индивидуально дозированные физические упражнения, противодействующие гипокинезии. Упражнения должны проводиться на открытом воздухе: быстрая ходьба в течение 30 минут 5 раз в неделю или небыстрый бег с разговором в течение 20 минут 3 раза в неделю, или плавание 30-45 минут 3-4 раза в неделю.

Выводы: Нами были рассмотрены факторы риска развития ССЗ, в частности АГ.

1. Чрезмерное употребление соли, избыточная масса тела и гиподинамия относятся к устранимым факторам риска, которые человек в состоянии изменить.
2. Методы коррекции воздействия этих факторов на организм человека просты в использовании, просто нужно проявить немного усилий и навсегда избавиться себя от риска заболеть ССЗ.

Список использованной литературы:

1. Альмиров, Р.А. Прогнозирование туберкулёза легких по медико-социальным факторам риска и пути совершенствования его профилактики. Автореферат дисс. на соискание учен. ст. канд. мед. наук / Р.А. Альмиров - Казань: КГМУ 2005. – 20с.
2. Аронов, Д.М. Немедикаментозные методы коррекции гиперлипидемий / Д.М. Аронов // Лечащий врач. – 2002. – №7-8. – С.10-15. – Библиогр.: 3 назв.
3. Белоусов, Ю.Б. Артериальная гипертензия и ожирение: принципы рациональной терапии / Ю.Б. Белоусов, К.Г. Гуревич // Consilium medicinum. – 2003. – Т.5. – №9. – С.528-534.
4. Бритов, А.Н. Роль немедикаментозных подходов в профилактики артериальной гипертонии/ А.Н. Бритов // Лечащий врач. – 1998. – №2. – С. 31-36.
5. Гундаров, И.А. Недостаточная масса тела как фактор риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний / И.А. Гундаров, С.В. Матвеева// Тер. архив.-2000. – №1. – С.72-74. – Библиогр.:45 назв.
6. Ишмухаметова, Г.З. О лечении рисово-овощной бессолевой диетой больных гипертонической болезнью / Г.З. Ишмухаметова // Сборник научных работ Казанского государственного медицинского института.- Казань, 1957.- В.2. – С.264-277.
7. Латфуллин, И.А. Ишемическая болезнь сердца: основные факторы риска, лечение / И.А. Латфуллин. – Казань: Медицина, 1997. – 101с.-Библиогр.: С.97-101.
8. Лемясев, М.Ф. Прогнозирование развития артериальной гипертонии (на примере рабочих металлургов) / М.Ф. Лемясев, Е.В. Ползик, В.А.Саитов [и др.] // Здравоохранение РФ. –1987. –№11. – С.23-26. – Библиогр.:10 назв.
9. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебное руководство / Ю.П.Лисицын, Н.В.Полунина и др. // Под ред. Лисицына Ю.П. – Казань: Медикосервис, 1999. – 697с.
10. Мурясова, Э.Б. Медико – социальная профилактика артериальной гипертонии городского населения с учетом типа семьи. Автореферат дисс. на соискание учен. ст. канд. мед. наук/ Э.Б. Мурясова. – Уфа: БГМУ 2003. – 12с.
11. Романова, Н.П. О роли соли в развитии артериальной гипертонии/ Н.П. Романова, В.С. Волков // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2001. – №5. – С.20-25. – Библиогр.: 82 назв.
12. Applicability of cholesterol-lowering primary prevention trials to a General population: The Framingham heart study // Internal med. – 2001. – №161. – P. 949-995.

13. Аволио, А. Роль генетических факторов и факторов окружающей среды в установлении структуры и функции артериальной стенки / А. Аволио //Медикография. Сердечно-сосудистое моделирование. Фармацевтическая группа «Сервье». – С.6-10.- Библиогр.: 30 назв.
14. Beevers, R.A. Does the patient have hypertension? How to measure blood pressure / R.A. Beevers // JAMA. – 1995. – Vol. 273. – P.1211-1218.
15. Tavazzi, L. Соль как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. Дополнительные доказательства/ L. Tavazzi // Европейский кардиологический журнал по факсу. – 2007. – VХII. – №59.

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний

*Валеева Татьяна Анатольевна, преподаватель
ГАОУ СПО РТ «Мензелинское медицинское училище» /техникум/
Мензелинск, Республика Татарстан*

А счастлив тот, кто на рассвете
Сумел однажды осознать,
Что жив! Здоров! что солнце светит!
И будет новый день опять!
Омар Хайям

Сердечно-сосудистые заболевания для всего экономически развитого мира являются главной причиной ранней гибели людей, ежегодно от них погибает более 12 млн. человек. По официальным данным Министерство здравоохранения РФ только 10% выпускников средних школ, считаются вполне здоровыми, более 60% детей страдают хроническими заболеваниями. Около 30% подростков растут в семьях с нездоровой обстановкой, многие из таких детей страдают психическими и нервными расстройствами. По мнению российских ученых здоровье зависит от следующих факторов:

- человеческий -25% (физическое здоровье -10%, психическое здоровье -15%)
- экологический -25% (экзоэкология -10%, эндоэкология -15%)
- социально-педагогический -40% (образ жизни, быт-15%, привычки-25%).
- медицинский -10%

Как известно болезнь легче предупредить, чем лечить. Рассмотрим этапы профилактики сердечно сосудистых заболеваний с создания семьи.

Создание семьи очень ответственный шаг в жизни каждого человека. Брак должен быть осознанным. Сейчас современная семья переживает своеобразный

переходный период. Изменяются старые нормы поведения, характер супружеских отношений, взаимоотношения между родителями и детьми. Вступая в брак, супруги берут на себя ответственность за выполнение следующих функций: репродуктивную, хозяйственно-бытовую, воспитательную, эмоционально-психологическую. Именно в семье начинается привитие первых навыков здорового образа жизни, создание своих семейных традиций. Самые ответственные шаги в семье это планирование желанных детей, сохранение беременности, безопасные роды и наконец, рождение здорового малыша. Именно на семейном уровне решаются такие вопросы, как социальная ориентация детей, территориальная подвижность, число детей в семье, профессиональная и социальная мобильность членов семьи. Семья выступает в качестве своеобразного генератора и хранилища взглядов, норм морали, психологических установок и образцов поведения. Семья способна воздействовать на человека на всем протяжении жизни и является непреходящей жизненной ценностью, и заменить ее ничем.

Следующий этап – это соблюдение режима дня, залог успеха в планировании своего времени. Систематический, посильный, и хорошо организованный процесс умственного и физического труда благотворно влияет на сердце и сосуды, нервную систему и на весь организм в целом. Необходимо избегать переутомления и однообразного труда. Очень важен полноценный сон, его продолжительность, время суток для сна.

Следующим этапом можно считать рациональное питание. Большие энергозатраты идут на переваривание еды и ее усвоение. Но очень важно знать какую еду, в каком количестве, как приготовленную, в каком сочетании, в какое время мы положим в свой организм. Калорийность суточного пищевого рациона для лиц умственного труда у мужчин должна составлять (возраст 18-40 лет, вес 70 кг) примерно 3000ккал, у женщин 2500ккал. Пищевые вещества необходимые для нормального течения физиологических процессов – это белки, жиры, углеводы (в соотношении 1:1:4). Источником белков служит мясо, рыба, сыр, творог, яйца, бобовые, орехи, грибы, крупа. Жиры служат источником энергии для организма долговременного пользования, предохраняют организм от переохлаждения, сохраняют кожу упругой. Содержатся в мясе, рыбе, яйцах, сыре и растительных маслах. Углеводы быстро усваиваются в организме и преобразуются в тепловую и двигательную энергию. Их много в картофеле, крупах, макаронах, хлебе, фруктах. Необходимость соблюдать ритмичность питания, распределение пищевого рациона. С возрастом обмен веществ замедляется в организме и потребность в калорийной пище уменьшается. Необходимо следить за весом. Потреблять не, сколько хочется пищи, а сколько необходимо для баланса прихода и расхода энергии. Если пищевой

рацион в 20-30 лет равен 100%, то в 50 лет-95%, 60 лет -90 %, 70 лет-80%, а в 80 лет-70%. Минеральные вещества, получаемые с пищей, являются катализаторами биохимических реакций, участвуют в процессах обмена веществ, поддерживают кислотно-щелочное равновесие в организме, регулируют осмотическое давление в клетке и межклеточной жидкости. Это хлор, калий, натрий, магний, фосфор, железо, йод, фтор. Микроэлементы (марганец, цинк, фтор мышьяк и др.), и ультрамикроэлементы (кобальт, свинец, никель, кремний и др.). Витамины выполняют каталитические функции в организме. Они поступают в организм с фруктами, овощами, ягодами, молоком, растительными маслами и др. Многие витамины быстро разрушаются в организме и не накапливаются в больших количествах, поэтому нуждаются в постоянном поступлении их с пищей. Различают водорастворимые витамины (С-аскорбиновая кислота, В1-тиамин, В2-рибофлавин, В6-пиридоксин, В12-цианокобаламин, В15-пангамовая кислота, Р-цитрин, РР-никотиновая кислота, фолиевая кислота, Н-биотин, пантотеновая кислота, И-холин), жирорастворимые (А-ретинол, Д-кальциферол, Е-токоферол, К-филохинон). Поливитаминные комплексы будут усваиваться, если их принимать совместно с пребиотиками. Пребиотики-пищевые вещества, стимулирующие рост и развитие собственной нормальной микрофлоры в организме. Они содержатся в пшеничных, ржаных, овсяных отрубях, кукурузных хлопьях, цикории, чесноке, артишоке и др.

Питание должно быть лекарством – тогда лекарства не станут питанием человека. Необходимо грамотно, разумно применять лекарственные травы в сбалансированных количествах (фитотерапия). Необходимо знать не только правила сбора лекарственных трав, но и способы их приготовления. Различают отвары, настои, настойки, сборы, соки, мази. В последнее время большую популярность приобретает применение грибов (фунготерапия). В своём составе грибы содержат антибиотики, которые работают мягко и не имеют побочных явлений. Лучше использовать сушеные грибы, такие как дождевики, лисички, рейши, сморчки, трутовики, строчки, агарики, и др. Плесень есть полезная и вредная. Серая плесень издавна используется во Франции для приготовления вин, с помощью голубой плесени делают сыры-Рокфор, Стилтон, белая плесень придает специфический вкус и аромат другим сырам. Но гораздо больше вредной плесени, в каждом кубометре воздуха чистой комнаты содержится до 500 спор грибков плесени, поэтому при применении во всем нужен грамотный подход.

Вода основной элемент, от которого зависит вся жизнь на Земле. Взрослый человек употребляет более 2л воды в сутки, поэтому очень важно следить за качеством питьевой воды. Водопроводная вода далека от совершенства, необходимо очищать воду. По принципу действия различают фильтры механические,

сорбционные, сочетающие сорбцию и ионообмен, обратный осмос, электрохимические. Для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний также можно применять ароматерапию, рефлексотерапию, гомеопатию.

Следующим этапом профилактики можно считать активное движение. Академик А. Берг утверждает: «Если 100 лет назад до 96% всей работы человек выполнял сам, то сейчас двигательная активность служащего сведена до минимума и составляет 1%», а американский ученый П.Уайт еще в 1940 году писал: «Опасность автомашины не столько в автодорожных происшествиях, как в том, что она отучает человека ходить». Ограниченная двигательная активность приводит к атрофии мышц, уменьшению прочности костей, ухудшению функционального состояния сердечнососудистой, дыхательной, вегетативной и других систем организма. Двигательная активность включает утреннюю гимнастику, физкультурные тренировки, работы по самообслуживанию, ходьбу, работы на дачном участке. К тому же физическая культура и спорт являются важнейшим средством воспитания. Контролировать нагрузку можно временем, частотой сердечных сокращений, километрами, килограммами, калориями и просто состоянием организма.

Следующим этапом можно считать закаливание – мощное оздоровительное средство. Оно оказывает общеукрепляющее действие на организм, повышает тонус нервной системы, улучшает кровообращение, нормализует обмен веществ, продлевает жизнь. Известны различные способы закаливания, это - закаливание воздухом, водные процедуры (обтирание, обливание, душ, купание в водоемах, зимнее плавание), солнечные ванны, обтирание снегом, хождение босиком, баня, сауна. Эти упражнения помогают не только улучшить состояние сердечно-сосудистой системы, но и не чувствовать перепадов погоды, способствуют гармоничному единению с природой.

Следующим этапом профилактики сердечнососудистых заболеваний является искоренение вредных привычек: курение, алкоголь, наркотики. О вреде вредных привычек сказано уже не мало. В табачном дыме содержатся 73% азота, 10% кислорода, 9,5 % углекислого газа, 5% окиси углерода, 2,2% аммиака, смолы, никотин, монооксид углерода, диоксин, висмут, полоний, свинец и др. Именно никотин приводит к развитию атеросклероза и системных сосудистых заболеваний. Распространенность употребления алкоголя среди подростков составляет 76% у мальчиков и 86% у девочек. Регулярное употребление горячительных напитков приводит мужчин через 8-10 лет, а женщин через 3-4 года к алкоголизму. Наркомания ведет к глубокому истощению физических и психических функций. По результатам обследования школ выяснилось, что число подростков, хотя бы раз

употреблявших наркотики, в 16 летнем возрасте среди мальчиков – около 20%, среди девочек -13%. Средняя продолжительность жизни от первой инъекции до смерти - 5 лет.

Следующим этапом является гигиена тела, жилища, очищение организма. Гиппократ говорил: «Если тело не очищено, то чем больше будешь его питать, тем более будешь ему вредить». Даже при идеальной работе выделительной системы количество шлаков внутри нас неумолимо увеличивается. Шлакообразующие вещества экзогенного характера – это ядовитые загрязняющие среду вещества, попадающие в организм человека через кожу, слизистые оболочки, органы дыхания и пищеварения, которые также добавляют в пищу домашнему скоту. Это окиси и соли тяжелых металлов, радионуклиды, нитраты и нитриты, пестициды, химические стимуляторы, антибиотики, снотворные, мази, аэрозоли и др. Чистота тела, организма, одежды, обуви, чистота дома повышает защитные силы организма, повышает работоспособность, улучшает самочувствие, дает здоровье.

Следующим этапом можно считать душевное равновесие, позитивный настрой и конечно любовь. Качество нашего настроения (радостное, оптимистическое, доброе терпимое) определяет наше физическое здоровье. Любовь к миру, к своим близким, к окружающим людям, любовь к себе, как частице мира делает человека сильным, стойким, милосердным, великодушным. Будь у человека все блага мира но, не имея в душе любовь, он становится тираном, деспотом, черствым, злым. У таких людей больные души, а отсюда и начало всех заболеваний. Человек имеет острую потребность в социуме, находясь в одиночестве, некоторые добровольно уходят из жизни, т.к. не видят в ней смысла без ощущения своей нужности, востребованности. Социальное здоровье можно считать высшей мерой человеческого здоровья. Нужно учиться мыслить позитивно, постарайтесь никогда не спешить, никогда, не планировать много дел на короткое время, не оставлять не завершенных дел, не затягивать принятия решений. Занимайтесь психической релаксацией, умейте отключаться от забот и неприятностей минувшего дня. Больше гуляйте на свежем воздухе, наслаждайтесь каждым лучиком солнца, дуновением ветра, любите каждую минуту своей жизни.

Следующий этап – это увлечение, хобби. Человек – сам творец своего здоровья. Здоровый и духовно развитый человек счастлив – он отлично себя чувствует, получает удовлетворение от своей работы, стремится к самосовершенствованию, не позволяет «душе лениться», создаёт условия для творческого самовыражения в различных областях нашей жизни. Наши увлечения стимулируют психику новизной впечатлений, вызывают положительные эмоции, отвлекают от обыденных мелочей. Особенно важно найти занятия по душе в зрелом

возрасте, когда происходят возрастные изменения и в организме, и в социальной жизни, когда остаешься в стороне от привычной жизни, работы. В это время надёжной поддержкой будет семья, близкие люди. Общение с животными, приобщение к музыке, поэзии, рукоделию и другим увлечениям делает жизнь ярче и многограннее.

Жизнь пронесется, как одно мгновенье,
Её цени, в ней черпай наслажденье,
Как проведешь ее - так и пройдет,
Не забывай: она - твоё творенье.
Омар Хайям

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПОЛНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОИМ С ПОДЪЕМОМ СЕКМЕНТА ST

*Валиуллин Айнура Азатович, студент
Дягилева Нина Леонидовна, преподаватель
ГАПОУ РБ "Уфимский медицинский колледж"
Уфа, Республика Башкортостан*

В XXI веке во всем мире, включая Россию, наблюдается тенденция к увеличению числа больных молодого возраста с острым коронарным синдромом, который является одним из вариантов течения ИБС. Из всех больных, перенесших инфаркт миокарда, более 10% составляют лица молодого возраста и, в основном, мужчины. Нестабильная стенокардия и инфаркт миокарда “с элевацией (подъемом) сегмента ST” составляет 54,3 на 100000 человек.

Несмотря на большое количество работ, посвященных инфаркту миокарда, ангиографическая картина инфаркта миокарда “с элевацией сегмента ST” на ЭКГ, встречается в научных трудах крайне редко, поэтому актуальность данной темы не вызывает сомнения.

В настоящее время у врачей – кардиологов отсутствует единое мнение не только о роли эндоваскулярных методов лечения, но и о целесообразности раннего ангиографического обследования этой категории пациентов. Преимущество проведения коронароангиографии (КАГ) и проведения по показаниям эндоваскулярного лечения инфаркт – зависимой артерии в острый период ИМ и у больных с ранней постинфарктной стенокардией очевидно. Актуальным и недостаточно освещенным в современной научной литературе также является вопрос, каким образом выполненное в госпитальном периоде эндоваскулярное лечение влияет

на частоту рецидивов стенокардии, частоту повторного инфаркта миокарда, динамику фракции выброса левого желудочка сердца, на показатель выживаемости в отдаленные сроки после вмешательства у этих пациентов.

Термин “ОКС” используют для обозначения обострения ИБС. Этим термином объединяют такие клинические состояния, как ИМ, включая не Q-ИМ, мелкоочаговый, микро-ИМ и т. д., и не стабильную стенокардию. Эксперты ВНОК приняли следующее определение ОКС и нестабильной стенокардии (2001г.): "ОКС – термин, обозначающий любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать ОИМ или нестабильную стенокардию. Включает в себя понятия ОИМ, ИМпST, ИМ без подъема сегмента ST ЭКГ, ИМ, диагностированный по изменениям ферментов, по другим биомаркерам, по поздним ЭКГ признакам, и нестабильную стенокардию".

Тогда же было установлено, что характер необходимого экстренного вмешательства определяется положение сегмента ST относительно изоэлектрической линии на ЭКГ – при смещении сегмента ST вверх (подъеме ST) эффективна и, соответственно, показана, ТЛТ.

Подъем сегмента ST - как правило, следствие трансмуральной ишемии миокарда и возникает при наличии полной окклюзии одной из магистральных КА. Другие изменения конечной части желудочкового комплекса депрессия ST, изменение зубца T) обычно наблюдаются при неполной окклюзии КА пристеночным тромбом.

ОКСпST диагностируется у больных с ангинозным приступом или другими не приятными ощущениями (дискомфортом) в грудной клетке и стойким подъемом сегмента ST или “новой” (впервые возникшей или предположительно впервые возникшей) блокадой ЛНПГ на ЭКГ. Стойкий подъем сегмента ST (сохраняющийся не <20 мин) отражает наличие острой полной тромботической окклюзии КА. Целью лечения в данной ситуации является быстрое, максимально полное и стойкое восстановление просвета сосуда, а так же перфузии миокарда в соответствующей области.

Чрескожный метод реваскуляризации коронарных артерий, предложенный A. Gruentzig, очень быстро нашел широкое распространение в мире и прочно занял свое место в практике кардиологов. Подтвердив эффективность при однососудистых поражениях, включая поражения ствола левой коронарной артерии (ЛКА), данный метод стали оценивать и у больных с многососудистыми поражениями коронарных артерий. Первые исследования, в которых сравнивали чрескожную транслюминальную коронарную ангиопластику (ЧТКА) и коронарное шунтирование (КШ), были опубликованы в конце прошлого века. В них было установлено преимущество КШ над ЧТКА у больных с многососудистыми

поражениями коронарного русла. Это было связано с тем, что после ЧТКА оказались ниже отдаленная выживаемость, выше частота выраженных сердечных осложнений и событий (ВСОС) и повторной реваскуляризации, что значительно снижало целесообразность и возможность применения данного метода. В связи с этим были разработаны единые принципы для оценки целесообразности реваскуляризации:

а) клинические характеристики (например, ОКС, стабильная стенокардия и так далее);

б) тяжесть стенокардии (бессимптомное течение, функциональные классы);

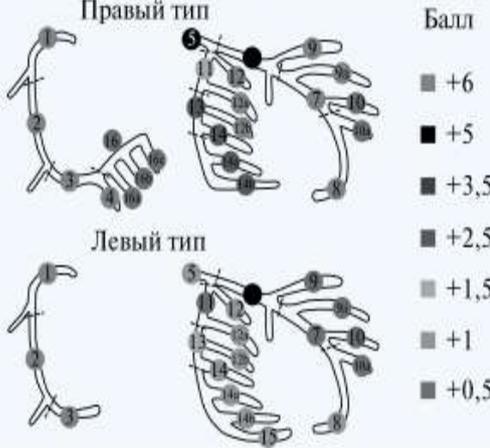
в) тяжесть ишемии по данным неинвазивных тестов; наличие или отсутствие таких прогностически неблагоприятных факторов, как застойная сердечная недостаточность (ЗСН), снижение глобальной сократительной способности левого желудочка или сахарный диабет;

г) объем медикаментозной терапии;

д) тяжесть поражения коронарного русла (1-, 2-, и 3-сосудистое поражение в сочетании с или без стеноза проксимального отдела передней нисходящей артерии (ПНА) или ствола левой коронарной артерии (СтЛКА)).

Однако, как показывает практика, для принятия решения о реваскуляризации, даже на этапе проведения ангиографии, достаточно таких критериев, как клинический статус, тяжесть ишемии и объем медикаментозной терапии. Все критерии, перечисленные выше, так или иначе не дают возможность в полной мере определить степень стратификации риска возникновения осложнений после проведения реваскуляризации, т.к. при восстановлении только одной инфаркт-зависимой артерии, не происходит оценка типа кровообращения в ишемизированном участке миокарда, площадь поражения малых сосудов, наличие бляшек, степень извитости артерии, наличие кальцификации, и поражение коронарного сегмента (согласно шкале SYNTAX)!

Расчёт по шкале SYNTAX

Шаги	Оцениваемая переменная	Описание
Шаг 1	Тип кровообращения	Удельный вес сегментов коронарных артерий зависит от доминирующей артерии (правой или левой). Ко-доминирование (сбалансированный тип кровоснабжения миокарда) в SYNTAX не учитывается.
Шаг 2	Коронарный сегмент	<p>Поражённый сегмент влияет на оценку по шкале; каждому сегменту присваивается свой балл, в зависимости от расположения: с 0,5 (напр., постеролатеральная ветвь) до 6 (ствол в случае левого типа кровообращения).</p>  <p>Правый тип</p> <p>Левый тип</p> <p>Балл</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ +6 ■ +5 ■ +3,5 ■ +2,5 ■ +1,5 ■ +1 ■ +0,5
Шаг 3	Диаметр стеноза	<p>Балл каждого сегмента умножается на 2 в случае стеноза 50-99% и на 5 в случае окклюзии.</p> <p>При окклюзии также добавляются баллы:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Длительность >3 месяцев или неизвестна +1 — Культи артерии +1 — Мостовые коллатерали +1 — Микроканалы +1 на каждый невидимый сегмент — Первый сегмент после окклюзии +1 если <1,5 мм в диаметре +1 если имеются 2 боковые ветви одна из которых ≥1,5 мм, другая <1,5 мм +0 если все боковые ветви ≥1,5 мм (напр., бифуркационный стеноз)
Шаг 4	Поражение в месте трифуркации	<p>Наличие бляшек в месте трифуркации добавляет баллы по количеству поражённых сегментов:</p> <ul style="list-style-type: none"> — 1 сегмент +3 — 2 сегмента +4 — 3 сегмента +5 — 4 сегмента +6
Шаг 5	Бляшки в месте бифуркации	<p>Наличие бляшек в месте бифуркации добавляет баллов согласно типу бифуркации в соответствии с классификацией Medina [29]:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Medina 1, 0, 0 или 0, 1, 0 или 1, 1, 0: добавить 1 балл — Medina 1, 1, 1 или 0, 0, 1 или 1, 0, 1 или 0, 1, 1: добавить 2 балла <p>В дополнение угол бифуркации <70° добавляет 1 балл.</p>
Шаг 6	Аорто-устьевые поражения	Наличие добавляет 1 балл.
Шаг 7	Степень извитости	При наличии выраженной извитости проксимальнее поражённого сегмента добавляет 2 балла.
Шаг 8	Длина бляшки	Длина >20 мм добавляет 1 балл.
Шаг 9	Кальцификация	Наличие выраженной кальцификации добавляет 2 балла.
Шаг 10	Тромбоз	Наличие тромбоза добавляет 1 балл.
Шаг 11	Диффузное поражение/ малые сосуды	Наличие диффузно поражённых и суженных сегментов дистальнее бляшки (т.е. когда хотя бы 75% длины сегмента дистальнее бляшки имеет диаметр сосуда <2 мм) добавляет 1 балл на сегмент.

В связи с этим возникает вопрос о дальнейшей возможности проведения повторной реваскуляризации коронарной артерии, т.к. при дальнейшей

реваскуляризации повышается риск возникновения нежелательных кардиоваскулярных явлений (например, повторный инфаркт миокарда). Отмечается, что многососудистое поражение встречается примерно у 30-40% пациентов, которым проводится первичное ЧКВ по поводу острого инфаркта миокарда, но ранее в мета-анализах и обсервационных исследованиях были получены неоднозначные результаты.

Решением данной проблемы стало недавнее исследование CVLPRIT (Complete Revascularization Halves MACE Risk in STEMI Patients).

Целью CVLPRIT исследования было сравнение ЧКВ на инфаркт-зависимой артерии с полной реваскуляризацией у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (STEMI).

Гипотеза

Полная реваскуляризация уменьшит неблагоприятные сердечно-сосудистые события.

Участники со STEMI (ОКСпST) были рандомизированы на полную реваскуляризацию (n = 150) по сравнению с ЧКВ только на инфаркт-связанной артерии (n = 146).

Основные заключения

Было рандомизировано 296 пациентов. Полная реваскуляризация проводилась одновременно с первичным ЧКВ в 59%, многоэтапная - (медиана 1,5 дня) в 27% случаев.

За 12 месяцев первичные исходы произошли в 10,0% случаев в группе полной реваскуляризации по сравнению с 21,2% в группе ЧКВ на одной артерии (p = 0,009).

Смертность от всех причин составила 1,3% в группе полной реваскуляризации по сравнению с 4,1% в группе ЧКВ на инфаркт-зависимой артерии (p = 0,14), ИМ - 1,3% по сравнению с 2,7% (p = 0,39) соответственно, сердечная недостаточность - 2,7% по сравнению с 6,2% (p = 0,14) соответственно, повторная реваскуляризация - 4,7% по сравнению с 8,2% (p = 0,2) соответственно, тяжелые кровотечения - 2.2% по сравнению с 4.3% (p = 0,31) соответственно.

Основные неблагоприятные кардиальные события и индивидуальные конечные точки исследования:

Событие	Избирательное ЧКВ (%)	Полная реваскуляризация (%)	P
Основные неблагоприятные кардиальные события	21.2	10.0	0.009

Смерть от всех причин	4.1	1.3	0.14
Повторный ИМ	2.7	1.3	0.39
Сердечная недостаточность	6.2	2.7	0.14
Повторное ЧКВ	8.2	4.7	0.2

Выводы

Среди пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST полная реваскуляризация снижает серьезные неблагоприятные кардиальные события. Авторы отмечают, что данное снижение не было связано лишь с меньшей частотой повторного проведения чрезкожного коронарного вмешательства (ЧКВ), но также касалось и уменьшения количества смертей, повторных инфарктов миокарда (ИМ) и развития сердечной недостаточности (СН).

Литература

1. Акчурин Р.С., Ширяев А.А., Бранд Я.Б. и др. Хирургия коронарных артерий крайности и алгоритмы реваскуляризации // Грудная и сердечнососудистая хирургия. -2001. -№2.-С. 13-17.
2. Акчурин Р.С., Ширяев А.А., Лепилин М.Г. и др. Современные тенденции развития коронарной хирургии // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. -1991 . № 6. С. 3-7.
3. Белов Ю.В. Показания и противопоказания к аортокоронарному шунтированию // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 1992. - № 1. -С. 8-10.
4. Белов Ю.В. Реконструктивная хирургия при ишемической болезни сердца: Дис. док. мед. наук. - М. 1988. - 260 с.
5. Бокерия Л.А., Беришвили И.И., Сигаев И.Ю. Минимально инвазивная реваскуляризация миокарда. М.: Издательство НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2001.-276 с.
6. Бокерия Л.А., Беришвили И.И., Сигаев И.Ю. Реваскуляризация миокарда: меняющиеся подходы и пути развития // Грудная и сердечнососудистая хирургия.-1999. № 6. - С. 102-112.
7. Батыралиев Т.А., Фетцер Д.В., Преображенский Д.В., Першуков И.В., Акылбеков М., Беленков Ю.Н. Оптимальный метод реваскуляризации у больных с многососудистым поражением коронарных артерий при применении стентов, выделяющих лекарства: чрескожные коронарные вмешательства по сравнению с коронарным шунтированием:
<http://www.cardio-journal.ru/ru/archive/article/2464>
8. Анализ исследования CVLPRIT: <http://medic.ossn.ru/news/11/7542/>

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Валиуллин Айнур Азатович, студент
Дягилева Нина Леонидовна, преподаватель
ГАПОУ РБ "Уфимский медицинский колледж"
Уфа, Республика Башкортостан*

Высокая вероятность возникновения опасных для жизни осложнений и летального исхода в первые часы развития острого коронарного синдрома предполагает реализацию стратегии максимально раннего восстановления перфузии миокарда. Восстановление коронарного кровотока в первые 12 ч начала ишемической атаки достоверно улучшает прогноз. Наиболее эффективна тромболитическая терапия (ТЛТ) в первые 2 ч развития острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST (ОКСпST). Фармакоинвазивная стратегия лечения ОКСпST связана с максимально ранней фармакологической реперфузией, которая должна осуществляться на догоспитальном этапе, с последующей транспортировкой в специализированное учреждение для проведения инвазивного вмешательства. Результаты сравнительного анализа проведения ТЛТ бригадами скорой помощи и врачей показали, что время до начала ТЛТ было меньше при оказании помощи врачебными бригадами, при этом врачи выполняли весь комплекс лечебно-диагностических мероприятий, а не только первую помощь. При использовании дистанционной системы принятия решений о догоспитальном проведении ТЛТ при передаче данных анамнеза и ЭКГ бригадами скорой помощи в больничной коронарный блок только 14% больных, которые впоследствии в стационаре получили ТЛТ, был рекомендован догоспитальный тромболитический после консультации. Таким образом, доступность современных технологий лечения больных ОКС невозможна без участия фельдшерских бригад.

Цель исследования: выявление факторов повышения доступности и эффективности реперфузионной терапии на догоспитальном этапе лечения больных с ОКСпST.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ РБ ССМП г. Уфа. Объект исследования — пациенты с ОКСпST, обратившиеся за скорой медицинской помощью. В исследование включены 70 случаев оказания скорой медицинской помощи пациентам с ОКСпST, в том числе 30 случаев — фельдшерскими бригадами, и 40 случаев оказания скорой помощи линейными бригадами.

Показаниями для догоспитального тромболитического являлись клинические критерии: типичные боли в грудной клетке, некупирующиеся нитратами. Время

появления жалоб не более 6 ч; ЭКГ-критерии: подъем сегмента ST $>0,1$ мВ в двух и более отведениях от конечностей и/или $\geq 0,1$ мВ в двух и более последовательных грудных отведениях или остро возникшая блокада левой ножки пучка Гиса при типичной клинике. Тромболитическая терапия проведена 35 пациентам. Догоспитальный тромболитизис фельдшерскими бригадами выполнялся в 14 случаях тенектеплазой (Метализе, Boehringer Ingelheim), в 1 случае — алтеплазой (Актилизе, Boehringer Ingelheim), линейные бригады — тенектеплазой в 20 случаях.

Выбор тенектеплазы для догоспитального тромболитизиса обусловлен удобным для использования в условиях скорой медицинской помощи способом введения, улучшенным профилем безопасности, высокой фибринспецифичностью и быстрым действием. При принятии решения о введении тромболитика фельдшерские бригады самостоятельно интерпретировали ЭКГ, в необходимых случаях обращаясь за консультацией к старшему врачу. Все пациенты доставлялись в специализированные кардиологические отделения. Результативность догоспитального тромболитизиса оценивалась на основании регресса сегмента ST не менее чем на 50% от исходного уровня через 90 мин после его выполнения.

Результаты

Среди пациентов, которым оказана скорая медицинская помощь по поводу ОКСпST, 53% составляли мужчины и 47% — женщины. Средний возраст пациентов в группах по признаку оказания скорой медицинской помощи врачами или фельдшерами значимо не различался (табл. 1). Сопутствующую патологию имели 83,3% пациентов, помощь которым оказывалась фельдшерскими бригадами и 47,5% пациентов, помощь которым оказывалась врачебными бригадами. В группе, где скорая медицинская помощь оказывалась фельдшерами, число пациентов, имеющих артериальную гипертонию, было выше, чем в группе, где помощь оказывалась врачами ($p < 0,05$).

Таблица 1. Характеристика пациентов ОКСпST, стратифицированных по профилю бригады скорой медицинской помощи.

Характеристики	Фельдшерская бригада (n=30)	Врачебная бригада (n=40)	p
Женщин, n (%)	15 (50)	18 (45)	0,684
Возраст, лет	62,6±12,5	63,2±13,7	0,849
Артериальная гипертония, n (%)	18 (60)	12 (30)	0,0002
Сахарный диабет, n (%)	3 (10)	2 (5)	0,254
Онкологические заболевания, n (%)	0	2 (5)	0,254
Ожирение, n (%)	3 (10)	2 (5)	0,254

Инсульт в анамнезе, n (%)	1 (3,3)	1 (2,5)	0,842
Время от начала болевого приступа до введения тромболитика (симптом-игла)			
≤ 2ч	4 (26,7)	7 (35)	
2–6 ч	11 (73,3)	12 (65)	
>6 ч	0	0	
Время от прибытия бригады до введения тромболитика			
≤ 20 мин	6 (40)	6 (30)	
20–30 мин	7 (46,7)	11 (55)	
>30 мин	2 (13,3)	3 (15)	

В нашем исследовании удельный вес совпадения диагнозов со стационаром составил у врачей — 97,5% в сравнении с 76,7% — у фельдшеров ($p>5$) (табл.2). Фельдшерами исследование крови на маркеры некроза (Т-тропонин) проведен в 53,3% случаев в сравнении с 22,5% случаев у врачей.

Таблица 2. Качество диагностики ОКСпСТ фельдшерскими и врачебными бригадами скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Характеристики	Фельдшерская бригада (n=30)	Врачебная бригада (n=40)	p
Совпадение диагнозов со стационаром, n (%)	23 (76,7)	39 (97,5)	0,016
Осложнения ОКСпСТ, выявленные бригадой, в т.ч.			
нарушения ритма, n (%)	4 (13,3)	5 (12,5)	0,63
нарушения проводимости (%)	6 (20)	2 (5)	0,07
отек легких, n (%)	1 (3,3)	1 (2,5)	0,84
кардиогенный шок, n (%) 2 (6,7) 4 (10) 0,62	2 (6,7)	4 (10)	0,62

При выборе тактики лечения ОКСпСТ на догоспитальном этапе и фельдшерские и врачебные бригады руководствовались стандартными критериями (табл. 3).

Таблица 3. Качество принятия решения о проведении ТЛТ фельдшерскими и врачебными бригадами скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Характеристики	Фельдшерская бригада (n=30)	Врачебная бригада (n=40)	p
Решение бригады			
Наличие ЭКГ-критериев для ТЛТ, n (%)	30 (100)	40 (100)	>0,05
Наличие клинических критериев для ТЛТ, n (%)	18 (60)	38 (95)	0,01
Абсолютные противопоказания для	1 (3,3)	1 (2,5)	0,84

ТЛТ, n (%)			
Относительные противопоказания для ТЛТ, n (%)	6 (20)	11 (27,5)	0,69

Гипердиагностика показаний к ТЛТ не имела существенных различий и у фельдшеров составила 3,33% против 5% у врачей, гиподиагностика — 10,05% и 10%, соответственно ($p>0,05$).

По данным нашего исследования эффективность догоспитального тромболизиса через 90 мин у врачей составила 60,1% против 73,3% у фельдшеров ($p>0,05$). Причиной более низкой эффективности догоспитального тромболизиса у врачей является неполное выполнение комплексного стандарта антитромботической терапии (аспирин+клопидогрел+гепарин) (табл. 4).

Таблица 4. Качество выполнения стандарта комплексной антитромботической терапии ОКСпСТ фельдшерскими и врачебными бригадами скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе (н.д- нет данных).

Характеристики	Фельдшерская бригада (n=30)	Врачебная бригада (n=40)	Р
Выполнено бригадой			
аспирин+гепарин +клопидогрел, n (%)	15 (100)	17 (85)	0,498
тенектеплаза, n (%)	14 (93,3)	20 (100)	н.д.
алтеплаза, n (%)	1 (6,7)	0	н.д.

Выводы

Врачебные бригады имеют преимущество перед фельдшерскими в качестве диагностики ОИМ за счет уровня медицинского образования. В ситуации, требующей стандартного решения, врачебные бригады иногда необоснованно отстают от комплексного стандарта антитромботической терапии, что снижает эффективность их работы. В стандартизированной ситуации врачебные бригады не имеют преимуществ перед фельдшерскими в выборе тактики лечения ОКСпСТ, времени и качестве принятия решения по проведению тромболитической терапии. Фельдшерские бригады следуют стандарту, что позволяет достигать планируемой результативности догоспитального тромболизиса. Для повышения эффективности догоспитального тромболизиса необходим постоянный контроль соблюдения стандарта антитромботической терапии. Основным путем повышения доступности современных технологий лечения ОКСпСТ для населения является проведение догоспитального тромболизиса фельдшерскими бригадами. Фельдшерские бригады могут эффективно использоваться для проведения догоспитального тромболизиса при условии обеспечения их стандартами и алгоритмами действий и подготовки по

клинике ОКС и интерпретации ЭКГ-данных, либо оперативного обеспечения дистанционной записи и интерпретации ЭКГ с учетом времени принятия решения о проведении тромболитической терапии в течение 30 мин от момента контакта с пациентом.

Литература

1. Anderson H.R., Neilsen T.T. et al. For the DANAMI-2 Investigators. A comparison of coronary angioplasty with fibrinolytic therapy in acute myocardial infarction. N Engl J Med 2013; 349:733–742.
2. Shalaev S.V., Urvanceva I.A., Akinina S.A. Strategy patency occluded coronary artery in myocardial infarction with elevation ST. Ural'skij Medicinskij Zhurnal 2006;(7):2–4. Russian (Шалаев С.В., Урванцева И.А., Акинина С.А. Стратегии восстановления проходимости окклюзированной коронарной артерии при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST. Уральский Медицинский Журнал;(7):2–4).
3. Dalby M., Bouzamoondo A. et al. Transfer of angioplasty infarction immediate thrombolysis in acute myocardial infarction. Circulation;108:1809–1814.
4. Welsh R.C., Armstrong P.W. Contemporary pharmacological reperfusion in ST elevation myocardial infarction. Curr Opin Cardiol 2012;27(4):340–6.
5. Vaisanen.O.,MakijarviM., PietilaK., Silfvast T. Influens of medical direction on the management ofprehospital myocardial infarction. Resuscitation 2006;70(2):207–214

Берегите сердце!

*Галиуллина Мадина Шарафовна, преподаватель специальных дисциплин
высшей квалификационной категории
ГАОУ СПО РТ «Буинское медицинское училище» (техникум)
Буинск, Республика Татарстан*

Пожалуй, ни один человеческий орган мы так не одушевляем, как сердце. Если мы любим или ненавидим, то всем сердцем (а не печенькой). Тревога поселяется не в селезенке, а все там же - на сердце. И покоя хочется также сердцу, а не легким.... Сей парадокс медики, физики и лирики объясняют по-своему, но причина "одушевления" сердца, видимо, еще и в том, что этот орган, полностью не изучен. Сердечная мышца - это, по сути, двигатель, который при правильной эксплуатации может работать сотню лет. Но двигатель, который к тому же, реагирует на добро и зло, на победы и неудачи. Наше сердце - это тайна великая. А в каждой тайне есть чуть от сказки, от романтической истории, от нашей мечты.

Вот и стало сердце жить в нас своей собственной жизнью - и любить, и

надеяться и ненавидеть. При этом сами мы, как показывает статистика, собственное сердце не любим и не уважаем.

Известный советский кардиохирург Евгений Иванович Чазов не случайно сказал, что сердечно-сосудистые заболевания из чисто медицинской проблемы, по крайней мере для России, превратилась в государственную и эти заболевания представляют угрозу для безопасности страны. Болезни сердца "молодеют", все чаще затрагивают трудоспособное население, молодежь.

Чтобы понять, почему "молодеют" сердечно-сосудистые заболевания, нужно рассмотреть факторы риска, которые приводят к их возникновению. Их много, но вот основные. Первая группа факторов риска - неправильное питание, малоподвижный образ жизни, курение, чрезмерное употребление алкоголя, стрессы и нервное перенапряжение. Вторая - это пол, возраст, артериальная гипертония, наследственная предрасположенность. Так вот, факторы риска, которые собраны в первой группе, - все без исключения присущи молодежи.

Посмотрите, что происходит с питанием. Вы видели по телевизору рекламу горячих обедов и правильного рационального питания, рекламу фруктов, овощей? Многие скажут - нет. А рекламируют чипсы, кириешки, гамбургеры, хот-доги, колу, фанту. Словом, все, что категорически вредно для организма. Молодое поколение, как зомби, настроено на этот набор продуктов. Что получается в итоге? Повышенный уровень холестерина, избыточный вес, а впоследствии - целый комплекс заболеваний, включая сердечно-сосудистые. Можно привести вот такую статистику: в России у 40 процентов подростков в возрасте до 14 лет повышенный уровень холестерина, 38 процентов девочек и 20 процентов мальчиков страдают от ожирения. А это прямая дорога к атеросклерозу, инсульту, инфаркту.

В экономически развитых странах мира заболевания органов кровообращения являются ведущей причиной смертности и инвалидизации. К ним в первую очередь следует отнести ишемическую болезнь сердца и гипертоническую болезнь, являющиеся причиной многих серьезных осложнений, а также неврозы сердечно-сосудистой системы.

В России смертность от сердечно-сосудистых заболеваний составляет 55 процентов всех летальных исходов. То есть каждый второй уходит в мир иной из-за того, что "сердце подкачало", "сердце не выдержало"... И в мире ситуация тревожная. Ежегодно из-за сердечно-сосудистых заболеваний умирают около 17,5 миллиона человек. Это одна треть всех печальных исходов. Картина эта настолько безрадостная, что мировая общественность забила тревогу: человеческое сердце необходимо спасать, необходимо привлечь внимание здравомыслящих людей к этой проблеме. Вот почему последнее воскресенье сентября Всемирной организацией

здравоохранения объявлено Днем сердца. В своем ежегодном Послании к Федеральному Собранию Владимир Путин объявил 2015 год Годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Профилактика представляется делом не одного-двух дней, а мероприятием, требующим терпения, упорства и систематичности. Одним из главных объектов профилактических усилий должно быть состояние нервной системы, ведь именно нервные нарушения лежат в основе и неврозов, и гипертонической болезни, и ишемической болезни сердца, и атеросклероза.

Ряд важных мер профилактического значения проводится у нас в стране в государственном масштабе. Сокращение рабочего дня, представление двух выходных дней, дополнительных отпусков, широкая сеть домов отдыха, пансионатов, туристических баз, санаториев, курортов и т.д. Взаимоотношения людей между собой на работе, в быту имеют прямое отношение к проблеме происхождения ряда сердечно-сосудистых заболеваний. Слово объединяет людей, и оно же нередко служит причиной многих неприятностей. Вежливое обращение, манера говорить спокойно, избегать брани в обращении - важное средство к сохранению здоровья.

В профилактике неврозов сердца, гипертонической болезни, ишемической болезни сердца имеют значение не только устранение внешних неприятных переживаний, но и выработка внутренней способности управлять своими чувствами. Правильное воспитание, тренировка нервной системы, закалка воли являются важным условием профилактики многих сердечно-сосудистых заболеваний. Недаром пословица гласит "В здоровом теле - здоровый дух". Поэтому следует заниматься закаливанием организма, физкультурой, спортом.

Особую роль в профилактике многих заболеваний имеет физический труд. Можно сказать, что его значение невозможно переоценить.

Уже говорилось, что гипертоническая болезнь и особенно стенокардия и инфаркт миокарда - это печальная привилегия людей умственного труда, ведущих сидячий образ жизни без физических упражнений. Великий русский физиолог И.М.Сеченов показал, что мышечное движение снимает перевозбуждение головного мозга. Поэтому всем людям умственного труда в свободное от работы время рекомендуется заниматься физическим трудом или систематически выполнять физические упражнения. Следует помнить важный принцип - увеличивать физические нагрузки постепенно.

Говоря о физической активности, хочется упомянуть об одном факторе, который конкурирует с ней. Это телевидение. К сожалению, в последние годы увеличивается число людей, которые приковываются к экрану с раннего вечера и до

конца передач. Во-первых, само пассивное сидение у телевизора несколько часов является нежелательным, тем более что часть этого времени можно было бы провести на свежем воздухе, заниматься спортивной игрой. Во-вторых, многие программы телепередач включают в себя картины, где показывается жестокость войны и другие малоприятные вещи.

Большое значение в укреплении нервной системы в предупреждении гипертонической болезни, атеросклероза, ишемической болезни сердца имеет достаточный полноценный сон. В среднем людям с различными типами нервной системы, с различной нагрузкой на нее надо спать не менее 8-10 часов. Что же нужно делать, чтобы сон был нормальным, т.е. наступал быстро, был достаточно глубоким и продолжительным? Большое значение в наступлении сна имеют навыки, приобретенные человеком в течение жизни. Если ложиться и вставать в одно и то же время, то, в конце концов, вырабатывается рефлекс. При нарушении этих условий и, тем более, при их отсутствии, засыпание и пробуждение происходят с трудом. Также рекомендуется прекратить всякие занятия за 2-3 часа до сна. Ужинать также следует за 2-3 часа до отдыха ко сну. Полезны также прогулки перед сном на свежем воздухе.

Курение и прием алкоголя относят к вредным привычкам. Привычка означает, что человек совершает что-то постоянно. В России курит 40 миллионов человек: 63% мужчин и 15% женщин. Ежегодно количество курящих в России увеличивается на 1,5-2%. Около 40% смертей мужчин от ишемической болезни сердца связаны с курением. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, ежегодно от курения преждевременно умирает свыше 5 миллионов человек в мире. В России каждый год курение уносит жизни 220 тысяч человек.

При употреблении алкоголя происходит расширение некоторых, в основном поверхностно расположенных, сосудов тела. Но затем это расширение сменяется их спазмом. Кроме того, алкоголь нередко вызывает повышение свертываемости крови. Нетрудно представить, что ожидает человека, когда у него повышенная свертываемость крови сочетается со спазмом сосудов - происходит закупорка артерий, приводящая к инфаркту.

Важнейшим средством предупреждения многих болезней является правильное питание. Для здорового человека оно должно быть достаточным по калорийности, разнообразным. Необходимо, исключить переедание и злоупотребление отдельными видами продуктов (например, животными жирами). Большую роль в профилактике гипертонической болезни играет нормальное потребление поваренной соли.

Каковы должны быть правила диететики при этих факторах? Надо стремиться к ограничению калорийности пищи за счет уменьшения мучных, сладких и жирных

блюд. Следует следить за массой тела, не допуская превышения нормы. Важно ограничить продукты, содержащие холестерин, витамин Д и так называемые насыщенные жирные кислоты (сало, мозги, почки, рыбный жир, сливочное масло). Необходимо обязательно предусмотреть в пищевом рационе достаточное количество продуктов, содержащих витамины группы В, витамин С, никотиновую кислоту, так называемые липотропные вещества. Содержащие в этих продуктах витамины и липотропные факторы обладают свойствами предупреждать развитие атеросклероза.

Сегодня наше население готово ли изменить свой образ жизни? Есть статистические данные: с принципами ЗОЖ знакомы 60% горожан и 37% - сельского населения, при этом 60% горожан и 44% селян считают себя здоровыми. Так не менее, мы, медики, должны рассказывать людям о составляющих здорового образа жизни. Если бы реклама ЗОЖ занимала на телевидении столько же времени, сколько "неправильных" продуктов, у нас бы вся страна бегала, прыгала, очереди бы были в тренажерные залы.

Таким образом, значимость рассматриваемой проблемы чрезвычайно велика. Это обусловлено тем, что состояние заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в России заставляет безотлагательно решать вопросы организации кардиологической службы на современном уровне.

Правильная организация кардиологической помощи пациентам с применением современных технологий, а также проведение эффективных мер профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, помогут добиться снижения смертности и увеличения продолжительности жизни.

Берегите сердце

Гарифуллина

Стенокардия – это клинический синдром, характеризующийся появлением болевых ощущений, обусловленный преходящей ишемией миокарда. Последняя, в свою очередь, возникает в ответ на несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и коронарным кровотоком.

Впервые классическое описание приступа «грудной жабы» (так называют стенокардию) сделал В. Геберден в 1768 году на лекции в Королевском терапевтическом колледже в Лондоне.

Практически во всех случаях изменения коронарных сосудов связаны с их атеросклеротическим поражением.

Актуальность темы определяется тем, что именно **стенокардия** является манифестирующим симптомом ИБС и встречается почти у 50% больных. По данным Фрамингемского исследования, **стенокардия** напряжения служит первым симптомом ИБС у мужчин в 40,7% случаев, у женщин – в 56,5%. По данным ГНИЦ профилактической медицины, в Российской Федерации почти 10 млн. трудоспособного населения страдают ИБС, более трети из них имеют **стабильную стенокардию** (СС) II и III функциональных классов (ФК). К сожалению, больные с диагнозом СС умирают от ИБС в 2 раза чаще, чем лица, не имеющие этого заболевания. Смертность составляет 2% в год, у 2–3% ежегодно возникает нефатальный инфаркт миокарда (ИМ). В последнем десятилетии XX века обращает на себя внимание резкое увеличение смертности в молодых возрастных группах: наивысший прирост на 130% у лиц 25–29 лет(!), в группе 30–34 года – на 82% и в самой старшей группе (более 85 лет) прирост составил 92%. Проявление же клинических синдромов стенокардии возникает на этапе стенозирования венечных сосудов не менее чем на 50–70%. Обязательным провоцирующим фактором в данной ситуации становятся стресс и физическая нагрузка.

В России почти 10 млн. трудоспособного населения страдают ИБС, более трети из них имеют стабильную стенокардию. В 2010 г. в России заболеваемость ИБС составила 425,5 случая на 100 000 населения. Смертность от ИБС у лиц в возрасте до 65 лет за последние 20 лет снизилась на 50%, однако общая смертность от ИБС осталась неизменной. Смертность от ИБС у мужчин в возрасте до 65 лет в 3 раза выше, чем у женщин. В более старшем возрасте смертность у обоих полов выравнивается, а после 80 лет становится в 2 раза выше у женщин, чем у мужчин. В популяции только 40–50% больных стенокардией знают о своём заболевании, у остальных 50–60% оно остаётся нераспознанным.

Цель исследования: провести анализ заболеваемости стенокардией по Шенталинскому району.

Задачи:

1. Изучить литературу по данному вопросу.
2. Изучить результаты статистических данных по заболеваемости стенокардией в Шенталинском районе у людей в возрасте от 18 лет и старше.
3. Провести анкетирование среди населения Шенталинского района.
4. Разработать рекомендации по профилактике сердечно сосудистых заболеваний.

Признаки стенокардии и инфаркта миокарда.

Во время приступа стенокардии у человека возникает ощущение давления, тяжести, смешанное с чувством тупой боли в центральной части грудной клетки, за грудиной, иногда где-то глубоко в горле. У одних людей сравнительно сильная боль сопровождается испугом, слабостью, появлением холодного пота, но уже через две-три минуты боль проходит и человек вновь чувствует себя здоровым. У других людей это не боль, а своеобразное ощущение жжения, давление за грудиной или в области шеи. Обычно подобные кратковременные приступы возникают утром, когда человек спешит на работу, особенно в холодную ветреную погоду. Это типичная *стенокардия напряжения*. Нередко приступы стенокардии развиваются после плотной еды, во время физических усилий либо вскоре большого эмоционального напряжения, отрицательных психических воздействий или иных волнений.

При *стенокардии покоя*, нередко возникающей ночью или рано утром, когда больной находится в полном покое, большая роль отводится фактору сосудистого спазма (одного из участков коронарной артерии). Как правило, такие спазмы возникают у больных артериальной гипертонией или с пораженными атеросклерозом коронарными артериями.

В последние годы широкое распространение получил термин «нестабильная стенокардия». Он противопоставляется определению «стабильная стенокардия», под которой понимается состояние, характеризующееся привычными больному приступами кратковременных загрудинных болей, наступающих в определенных ситуациях (быстрой ходьбе против ветра, особенно после еды, при волнениях и другое). Больному стабильной стенокардией должно проводиться систематическое лечение. Показаний к его срочной госпитализации нет. Иное дело, если стенокардия появилась впервые в жизни или ее приступы участились, если наряду со стенокардией напряжения появилась стенокардия покоя, приступы стали хуже сниматься нитроглицерином, стали более резкими или более длинными. Такую стенокардию называют «нестабильной». Больных с нестабильной стенокардией следует взять под особое наблюдение, резко ограничить им физические нагрузки, следить за их ЭКГ, усилить их лечение сосудорасширяющими средствами. В большинстве случаев таких больных надо госпитализировать для проведения интенсивного наблюдения за ними и активного лечения.

Методы диагностики.

·Первичная оценка состояния пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).

·Исследование крови (клиническое, биохимическое, экспресс диагностика: глюкоза, холестерин).

- Измерение артериального давления, мониторинг.
- Рентгенологическое исследование.
- Коронарография.
- Компьютерная томография.
- Холтермониторинг.
- Электрокардиография.
- Эхокардиография
- Фонокардиография.
- Магнитно-резонансная томография

Лечение и профилактика. Прежде всего, необходимо купировать приступ. В межприступный период проводят мероприятия, призванные уменьшить частоту приступов до полной их ликвидации.

Во время приступа стенокардии пациенту необходимо:

- обеспечит полный покой;
- при возможности положить его;
- обеспечить приток свежего (но не холодного) воздуха.

Чрезвычайно действенными в отдельных случаях оказываются отвлекающие процедуры (горчичники на область сердца, погружение левой руки по локоть в горячую воду).

Для купирования приступов приходится прибегать к приему нитроглицерина. Этот препарат считается лучшим при приступах. Таблетку нитроглицерина (5мг) помещают под язык или используют нитроглицерин в виде аэрозоля. Через 2-3 мин. боль проходит. Чем раньше больной примет нитроглицерин, тем легче снимается боль, поэтому не следует медлить с его применением или отказываться от препарата в связи с возможным возникновением побочных явлений.

Если после повторного (до 3-4 раз с интервалом 5 минут) приема нитроглицерина приступ болей не купируется, то следует думать о развитии инфаркта миокарда.

Группы наиболее эффективных лекарственных средств:

- Нитраты: нитросорбид, ипзокет, изодинит, изомак, нитромак, нитрамил и т.д.
- в-блокаторы: беталок, эгилок, конкор, бипрол, атеналол, обзидан, индерал, анаприлин и т.д.
- Блокаторы кальциевых каналов: кордафлекс, дилтиазем, верапамил, изоптин, норвакс, плендил.
- Ингибиторы АПФ: ренитек, энап, зокардис, престариум и т.д.
- Антиагреганты: ацетилсалициловая кислота, тромбо АСС, варфарин, кардиомагил и т.д.

·Препараты с цитопротективным механизмом действия: предуктал, предектал М.

·Гиполипидемические средства - статины: зокор, мевакор, липримар, липостат и т. д.

К общим принципам лечения относятся:

·мероприятия по снижению уровня артериального давления;

·применение рациональной диетотерапии;

·уменьшение количества потребляемой жидкости;

Большую роль в лечении стенокардии играют:

·лечебная физкультура;

·систематические прогулки;

·курортное лечение.

Первичная профилактика заключается в устранении факторов риска ИБС.

Вторичная профилактика - в диспансерном наблюдении, назначении при необходимости противоатеросклеротической, антиагрегантной, коронаролитической терапии.

При непрекращающихся частых приступах стенокардии решение вопроса о хирургическом лечении.

У пациентов с множественными факторами риска необходимо проводить первичную профилактику с помощью ацетилсалициловой кислоты.

Следует настоятельно рекомендовать пациентам отказаться от курения, подчеркивая резкое увеличение риска сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

Вывод.

Результаты исследования совпадают с известными научными и практическими данными. После проведенного анкетирования пациентов с заболеваниями ССС выяснила, что у большинства респондентов в анамнезе имеется высокое артериальное давление, имеются вредные привычки, у 10% опрошенных сахарный диабет. Далее сравнила статистические данные показателей заболеваемости ИБС за 2011-2014 года. Получила результаты, говорящие о не снижающихся тенденциях показателей данного заболевания.

По результатам исследования статистических данных наблюдается рост зарегистрированных больных со стенокардией.

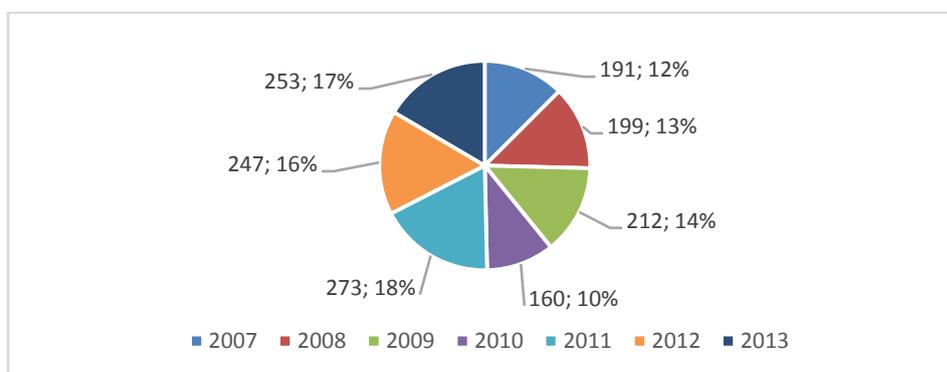
Года	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Кол-во человек	236	282	343	264	345	337	359

Так же увеличиваются цифры зарегистрированных больных с данным диагнозом, установленным впервые в жизни.

Года	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Кол-во человек с диагнозом, установленным впервые в жизни.	23	24	25	17	26	11	25

График кривой «Количество пациентов, стоящих под диспансерным наблюдением», хоть и скачкообразно, но все же доказывает нам, что с каждым годом количество пациентов со стенокардией возрастает.

Года	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Кол-во человек	191	199	212	160	273	247	253



Теперь мы видим, что без одной болезни не обходится и другая; (артериальная гипертония приводит к ишемической болезни сердца, сначала развивается стенокардия, потом атеросклероз, а затем это все ведет к инфаркту миокарда).

Но почему же эти страшные цифры присутствуют в нашей жизни? И ни что нельзя с ними сделать. А потому, что факторами риска развития ИБС, помимо повышенного давления и большого употребления холестерина, является диабет, ожирение, ограничение физической активности, интенсивное курение и злоупотребление алкоголем. А все только что перечисленное присутствует в нашей жизни! Прогноз при стенокардии всегда серьезен, любой приступ может закончиться смертью. Д.Д. Плетнев характеризовал стенокардический синдром как «боль и смерть».

Значит, пока мы не откажемся от этого, так все и будет заканчиваться страшно!

Используемая литература

1. Бураковский В.И. Первые шаги. Записки кардиохирурга. М. 1988.

2. Гасилин В.С. Стенокардия. М. 1987. с.129 21. Климов А.Н. Быть или не быть инфаркту. Минск 1987.
3. Глизер Г.А. Артериальная гипертония. М. 1986.
4. Горбачев В.В. Практическая кардиология. Минск 1997.
5. Елисеев О.М. Сердечно - сосудистые заболевания. М. 1982.
6. Ключев М.А. Медицинский справочник. Медицина. М. 1990.
7. Маухтина Е.И. Секреты кардиологии. Феникс. Ростов-на-Дону 1997.

ФАКТОРЫ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Димова Марина Павловна, преподаватель

ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной»

Филиал «Новокуйбышевский медицинский колледж»

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются ведущей причиной смерти в мире: они ежегодно уносят 17 миллионов человеческих жизней, что составляет 30% от всех смертных случаев; при этом, примерно 7 миллионов случаев смерти в результате ишемической болезни сердца и 6 миллионов – в результате инсульта. По прогнозам к 2030 году примерно 23,6 миллионов человек умрет от ССЗ, в основном это будут болезни сердца и инсульт, которые к тому времени будут главными причинами смертности населения. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – это нарушение деятельности сердца и кровеносных сосудов. В число этих заболеваний входят:

- ишемическая болезнь сердца (инфаркт),
- цереброваскулярная болезнь (инсульт),
- повышенное кровяное давление (гипертония),
- болезнь периферических артерий,
- ревматический порок сердца,
- врожденный порок сердца,
- сердечная недостаточность.

Большинство сердечно – сосудистых заболеваний, а также смертей от болезней сердца, можно предотвратить путем выявления факторов риска и своевременного принятия мер в отношении этих факторов. Факторы риска – это определяющие здоровье факторы, влияющие на него отрицательно. Они благоприятствуют возникновению и развитию болезней. Факторы риска – это дополнительное неблагоприятное воздействие на организм, т.е. любая ситуация,

привычка, условия окружающей среды, физиологическое состояние или другие факторы, повышающие вероятность возникновения заболевания или смерти.

По исследованиям ВОЗ, повышают риск внезапной смерти три главных фактора: гипертония, гиперхолестеринемия и курение. Основными факторами риска возникновения заболеваний сердца и инсульта (более 80% случаев) специалисты ВОЗ считают нездоровое и несбалансированное питание, физическую инертность и употребление табака.

Факторы риска, по своей природе могут быть:

- первичными, действующими изначально и способствующими нарушению здоровья;

- вторичными, служащими провокациями для развития заболеваний;

- третичными и т.д.

Кроме этого, выделяют большие или главные факторы риска. К большим факторам риска специалисты ВОЗ относят:

- курение;

- злоупотребление алкоголем;

- нерациональное питание;

- гиподинамия;

- психоэмоциональный стресс.

К числу вторичных больших факторов риска относят:

- диабет;

- артериальную гипертензию;

- гиперлипидемию, гиперхолестеринемию;

- ревматизм;

- аллергию;

- иммунодефицит и др.

Рассмотрим некоторые основные факторы риска сердечно – сосудистых заболеваний.

Гиперхолестеринемия. У одного из 500 человек встречается семейная гиперхолестеринемия, у этих людей отмечается очень высокий уровень холестерина в крови, что обусловлено генетически. Таким людям рекомендуется вести здоровый образ жизни и исключить из рациона насыщенные жиры (маргарин, животные жиры, нутряной жир, почечный жир и белый жир на мясе, куриную кожу).

Курение способствует образованию свободных радикалов и снижению запасов витамина С в организме, что существенно увеличивает вероятность развития атеросклероза; чрезмерно повышенный уровень никотина и окиси

углерода в крови оказывает негативное влияние на кровеносные сосуды, сужая их, что угрожает развитием тромбоза или сердечного приступа. Окись углерода ведет к тромбообразованию, снижая при этом содержание кислорода в тканях и мышцах, а особенно в сердечной. Таким образом, курение увеличивает в 2 раза вероятность развития сердечно – сосудистых заболеваний.

Алкоголь увеличивает липкость тромбоцитов в крови, в результате чего она становится слишком густой и с трудом проходит через сосуды. Также следует отметить, что алкоголь выводит магний из организма, важный для работы сердечной мышцы. Но антиоксидант хинон, присутствующий в красном вине, наоборот, обладает антикоагулянтным действием, поэтому, в небольших количествах, натуральное красное вино может оказать положительное действие на организм.

Повышенное артериальное давление. Основной причиной артериальной гипертензии является сужение просвета артерий, в результате чего нарушается ток крови по сосудам. Постоянное измерение артериального давления дает представление о текущем состоянии внутренних стенок артерий и вен. Если показатели высокие, то это свидетельствует о развитии атеросклероза.

Транс - жиры (насыщенные жиры), присутствующие в большом количестве в продуктах животного происхождения, красном мясе, маргарине, кондитерских изделиях, жареной пище, способствуют повышению вероятности развития коронарного тромбоза. В крови транс-жиры становятся триглицеридами, высокий уровень которых утяжеляет течение сердечно-сосудистых заболеваний и способствует росту «плохого» холестерина в крови.

Холестерин, несмотря на негативные моменты, жизненно важен для нашего организма, так как является строительным материалом для клеточных мембран, для миелиновой оболочки, покрывающей все нервы, необходим для производства гормонов и синтеза витамина D, но при нерациональном питании, например, вследствие недостаточного потребления клетчатки, он может накапливаться в организме, приводя к дисбалансу уровней «хорошего» и «плохого» холестерина (к дисбалансу между липопротеинами высокой плотности и липопротеинами низкой плотности) – дислипидемии. Профилактикой дислипидемии является сбалансированное питание с большим содержанием фруктов и овощей, рыбы и бобовых.

Малоподвижный образ жизни оказывает выраженное негативное влияние на сердечно-сосудистую систему. Сердечно-сосудистые заболевания у физически не активных людей возникают в 2 раза чаще, чем у ведущих активный образ жизни. Аэробика, плавание, быстрая ходьба, бег трусцой, ходьба на лыжах усиливают кровообращение, что улучшает доставку кислорода и питательных веществ, а также

процесс вывода продуктов распада.

Избыточный вес ведет к повышению артериального давления; способствует дисбалансу между «хорошим» и «плохим» холестерином; делает людей менее подвижными; избыточный жир, накапливаясь в организме, может откладываться на стенках артерий. Избыточная масса тела является дополнительной нагрузкой на организм, в том числе и на сердце.

Стресс вызывает производство организмом адреналина, который сгущает кровь, что повышает риск развития тромбообразования, сужает сосуды, повышает давление, стимулирует выведение магния, необходимого для здоровья сердечной мышцы.

Таким образом, в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний главную роль играет выявление и предотвращение факторов риска. Сердце способно восстанавливаться после серьезных повреждений, поэтому, никогда не поздно изменить свой образ жизни и режим питания.

Профилактика хотя бы одного из факторов риска способна снизить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний почти на 50%.

Обучение будущих медицинских сестер профилактической деятельности

*Едифанова Елена Юрьевна, преподаватель
БПОУ ЧР «Чебоксарский медицинский колледж»
Чебоксары, Чувашская Республика*

«Будущее принадлежит медицине предупредительной.

Эта наука, идя рука об руку с лечебной,
принесет несомненную пользу человечеству».

Пирогов Н.И.

Профилактическое направление было и остается основополагающим принципом охраны здоровья населения. Чтобы повысить эффективность и результативность медицинской помощи, сегодня специалисты всего мира делают ставку на укрепление профилактики, а кто как ни медицинская сестра, которая во все времена всегда ближе всего была к пациенту, поспособствует формированию у него правильного отношения к своему здоровью. Очень важно, чтобы медицинские сестры понимали значимость своей миссии и выполняли свои обязанности на должном уровне. Учитывая, что здоровье человека более чем на 50% определяется образом жизни, то есть поведением и отношением его к собственному здоровью и здоровью окружающих, в качестве одного из приоритетных направлений

деятельности медицинских работников в сложившихся условиях должно стать формирование у населения навыков здорового образа жизни, повышение уровня санитарно-гигиенической культуры. Хорошо организованная пропаганда медицинских и гигиенических знаний среди населения способствует снижению заболеваемости и смертности, помогает воспитывать здоровое, физически крепкое поколение и не требует значительных финансовых затрат.

Профилактическая деятельность медсестер как амбулаторно-поликлинического, так и стационарного звена может быть широкой, многообразной и самостоятельной и заключаться не только в помощи врачу, медико-просветительской работе, но и в обучающей, консультативной. Трудно переоценить роль медицинской сестры в формировании здорового образа жизни, обучении действиям по сохранению и укреплению здоровья, как больных, так и здоровых людей. Однако для того, чтобы медсестры могли эффективно заниматься профилактической работой, необходима качественная подготовка к этому виду деятельности на всех этапах обучения.

В Российской Федерации сложилась неблагоприятная ситуация с показателями здоровья населения. Заболевания сердечно - сосудистой системы в России остаются одной из основных причин смертности взрослого населения, и слова А. С. Пушкина «ужасный век, ужасные сердца» вполне отражают суть проблемы. Сахарный диабет – одна из 10 ведущих причин инвалидности в мире и одна из 4 причин ранней смертности. Диабет стал на поколение моложе, поражая людей трудоспособного возраста. Постоянно растет число людей, имеющих вредные привычки, с высоким артериальным давлением крови, ожирением, преддиабетом, нарушением липидного обмена, ведущих малоподвижный образ жизни, значительно сократилась средняя продолжительность жизни, особенно мужчин. В связи с тем, что профилактика и мониторинг факторов риска, а также обучение людей, входящих в группу риска развития диабета, ожирения и сердечно-сосудистых заболеваний, принципам здорового питания, и создание у них стойкой мотивации должны стать приоритетом медсестер, возникает необходимость в серьезном базисном обучении.

Программа профессионального модуля ПМ.01 Осуществление профилактической деятельности для специальности 34.02.01 Сестринское дело направлена на формирование таких компетенций, как проведение мероприятий по сохранению и укреплению здоровья населения, пациента и его окружения, санитарно - гигиеническое воспитание населения, участие в проведении профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний, которые в полной мере отражают профилактическое направление будущей профессиональной

деятельности медицинских сестер.

На аудиторно – практических занятиях при изучении модуля обучаю студентов принципам формирования навыков здорового образа жизни, проведению и осуществлению оздоровительных и профилактических мероприятий, консультированию пациента и его окружение по вопросам иммунопрофилактики, рационального и диетического питания, организации мероприятий по проведению диспансеризации.

Чтобы были реализованы цели урока и объективно оценены знания студентов, чтобы им было интересно, и они могли раскрыть свой творческий потенциал, при проведении аудиторно – практических занятий по разделу «Участие медсестры в укреплении здоровья и профилактики неинфекционных заболеваний, пропаганде здорового образа жизни», организую работу в малых группах. Каждая готовит ответ на задания преподавателя. При обсуждении вопросов участники микрогруппы выступают, оппонируют, рецензируют, задают вопросы, уточняют и делают дополнения. При подготовке к занятиям студенты работают с дополнительной литературой, широко используют ресурсы Интернета, создают презентации, анализируют научные статьи в журналах. Также использую различные виды деятельности малых групп: решение проблемно - ситуационных задач, деловые игры, импровизация, работа с текстами, алгоритмами. Работа в малых группах способствует активизации творческой и мыслительной деятельности студентов, формируется чувство коллективной ответственности за результаты совместного труда, увеличиваются темпы развития психических процессов.

На учебной и профессиональной практике студенты работают в Центрах здоровья, участвуют в скрининге населения, слежении за эффективностью профилактики у лиц, выполняющих оздоровительные мероприятия, в осуществлении санитарного просвещения и гигиенического воспитания (профилактическое консультирование, изготовление памяток, брошюр, буклетов, санбюллетений, проведение бесед и др.), закрепляя знания и приобретая опыт работы с населением в этой области. По результатам обследования составляют индивидуальные программы оздоровления, ведут дневники самооценки здоровья. Под руководством непосредственных руководителей участвуют в проведении медицинских осмотров и диспансеризации, проводят беседы с пациентами в рамках своей компетенции, дают советы родственникам, выпускают санитарные бюллетени, информационные листки.

Возрастает роль средних медицинских работников в реализации профилактических программ, обучении пациентов и проведении просветительской деятельности. Обучение в школах здоровья способствует снижению

неблагоприятного влияния на здоровье поведенческих факторов риска, повышению информированности пациентов о заболевании и факторах риска его развития, осложнениях, повышает ответственность пациента за сохранение своего здоровья, формирует мотивацию к оздоровлению и приверженность к лечению, умения и навыки по самоконтролю и самопомощи.

В связи с этим, подготовке медсестер к работе в школах здоровья, в настоящее время уделяется большое внимание. Ежегодно провожу со студентами конференции, посвященные работе школ здоровья: школа сахарного диабета, артериальной гипертонии, аллергических заболеваний, активного долголетия, борьбы с курением, астма – школа как в колледже, так и на базе лечебно – профилактических учреждений.

Планирую и создаю ситуации, где студенты могут почувствовать себя в роли медицинских работников, на которых возложена ответственность за обучение пациентов. Студенты активно участвуют в подготовке и проведении конференций, проводят обзор литературы по теме, готовят доклады, презентации, посещают школы здоровья на базе лечебных учреждений, участвуют в их работе, проводят научно – исследовательскую работу, готовят наглядный материал для санитарно – просветительной деятельности: видео - и аудиоматериалы, информационные буклеты, памятки, плакаты.

Не все студенты группы вначале проявляют активность в подготовке и участии в конференции, могут быть пассивны и нерешительны. Таких студентов стараюсь активизировать сначала невербальными методами работы: поиск, анализ и оценка информации, составление докладов и презентаций, изготовление наглядного материала, постепенно у них появляется интерес к выступлению на публике, желание реализовать свои способности, амореализоваться в дискуссионных формах общения.

Учебно – исследовательская работа «Роль медсестры в профилактике сахарного диабета», проведенная студентами группы 4 м/с Д в рамках республиканской целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями в Чувашской Республике (2010-2020 годы)», направленная на раннее выявление заболевания на стадии преддиабета, участвовала в заочной студенческой научно-практической конференции «Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи населению» средних медицинских и фармацевтических образовательных учреждений Приволжского Федерального округа и заняла 3 призовое место.

Моделирование профессиональной деятельности в процессе обучения профилактической работе позволяет вовлечь студентов в имитируемую

профессиональную среду, они приобретают необходимые навыки и умения правильного выполнения своих производственных функций, что способствует интенсивному профессиональному развитию, раскрывает личностный потенциал, способствует формированию профессиональных компетенций и компетентности будущего специалиста. В процессе работы студенты получают опыт творческой и исследовательской деятельности, применения норм и принципов профессиональной этики, учатся работать в команде, эффективно общаться с коллегами, что позволит им в будущем успешно решать профессиональные задачи, качественно и продуктивно работать. Самостоятельность, активность в этой области будут способствовать повышению престижа профессии медсестры, повысят уровень ее самоуважения и уважения к ней со стороны пациентов.

Использованная литература:

1. В. А Медик, В.К. Юрьев «Общественное здоровье и здравоохранение» 3 издание. Учебник для медицинских училищ и колледжей. Издательская группа «ГЭОТАР – Медиа» 2012г.
- 2.Руководство по медицинской профилактике / под ред. Р.Г. Оганова, Р.А. Хальфина.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 464 с.
3. В.А. Лисовский, С.П.Евсеев, В.Ю.Голофеевский, А.Н.Мироненко «Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов. Москва. «Советский спорт». 2001.
4. Волков С.Р. Волкова М.М. Медицинская сестра. 2003.-N 2.-С.37-38 О роли сестринского персонала в профилактической медицине.
5. Журнал «Сестринское дело» № 5, 6 2014г.
6. <http://diafond.kz/>
<http://www.medinterm.ru/>
<http://www.medical-enc.ru/>
<http://www.mednet.ru/>
<http://www.medcentre.ru/rol-medsestry-v-profilaktike-zabolevanij/>

ВНЕДРЕНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС НА УРОКАХ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ДЛЯ ШКОЛЬНИКОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Жубрина Лариса Валентиновна, преподаватель

Купцов Андрей Евгеньевич, студент

ГБОУ СПО РМЭ «Оршанский многопрофильный колледж им. И.К. Глушкова»

Оршанка, Республика Марий Эл

Петяков Владимир Геннадьевич, учитель физической культуры

МОБУ «Новоарбанская СОШ»

п. Новый, Республика Марий Эл

В настоящее время повсеместное ухудшение состояния здоровья подрастающего поколения требует от государства и общества поиска новых, действенных средств и методов для решения проблемы укрепления физического и духовного здоровья учащихся, формирования здорового образа жизни. Известно, что одним из определяющих факторов здоровья человека является его двигательная активность.

Знание и использование здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе сегодня ведет к повышению профессиональной компетентности руководителей образовательных учреждений и учителей, необходимой для успешного выполнения здоровьесберегающей деятельности с учетом новых условий, запросов и потребностей государства и общества в целом.

Понятие «здоровьесберегающая технология» относится к качественной характеристике любой образовательной технологии, показывающей, насколько решается задача сохранения здоровья самих учащихся и педагогического коллектива в целом. Также здоровьесберегающие технологии можно рассматривать, как совокупность тех принципов, приемов и методов педагогической работы, которые дополняя традиционные технологии обучения и воспитания, наделяют их признаками здоровьесбережения.

Непонимание благоприятного воздействия физкультурной деятельности на состояние здоровья, низкая мотивация со стороны педагогов и родителей к занятиям физической культурой приводят к формальному отношению обучающихся к своему здоровью, его сохранению и укреплению. В связи с этим перед системой физического воспитания ставится задача обоснования содержания, средств и методов, способствующих эффективному формированию готовности школьников к здоровьесберегающей физкультурной деятельности и повышения двигательной активности как ведущих факторов физического воспитания оздоровительной

направленности.

Здоровьесберегающие технологии в физическом воспитании – это совокупность приёмов, методов, методик, средств обучения и подходов к образовательному процессу, при котором необходимо выполнять, как минимум, следующие требования:

1. учёт индивидуальных особенностей ребёнка;
2. деятельность учителя в аспекте реализации здоровьесберегающих технологий на уроках физической культуры должна включать знакомство с результатами медицинских осмотров детей, их учёт в учебно-воспитательной работе; помощь родителям в построении здоровой жизнедеятельности учащихся и семьи в целом;
3. не допускать чрезмерной изнуряющей физической, эмоциональной, нагрузки при освоении учебного материала;
4. обеспечение такого подхода к образовательному процессу, который гарантировал бы поддержание только благоприятного морально-психологического климата в коллективе.

Основным направлением здоровьесберегающих технологий на уроках физической культуры является не только своевременное выявление школьников, имеющих отклонения в состоянии здоровья, которые еще не носят необратимый характер, однако при этом снижают общую физическую работоспособность школьника, задерживают развитие организма, но и создание особых условий, направленных на профилактику и лечение ранее обнаруженных патологических состояний.

В настоящее время одной из актуальных проблем здоровья подростков является проблема сердечно-сосудистых заболеваний (далее – ССЗ). С целью охраны и укрепления здоровья на базах детских лечебных учреждений повсеместно создаются «центры здоровья», активно работают «школы здоровья», чтобы предупредить родителей и подростков о возможных рисках развития ССЗ, вовремя их выявить на начальном этапе развития, дать своевременную консультацию, назначить необходимое лечение или разработать профилактические меры предупреждения развития ССЗ.

Профилактику и лечение ССЗ необходимо, безусловно, проводить под врачебным контролем. Но при этом учитель физической культуры может дозировано непосредственно на уроках вводить элементарный комплекс упражнений, направленный на профилактику ССЗ:

1. поднятие прямых рук, опущенных вдоль тела через стороны вверх. Опускание рук через стороны вниз. Сведение прямых рук перед собой, ладонями

друг к другу. Разведение рук в стороны ладонями назад 5 раз;

2. выталкивание согнутых в локтях рук поочередно с вдохом, приведение обеих рук поочередно в исходное положение с выдохом 5 раз. Упражнение повторить двумя руками ладонями вверх с вдохом и привести обе руки в исходное положение с выдохом 5 раз;

3. поворот туловища налево с одновременным выдохом 5 раз. Поворот туловища направо с одновременным выдохом 5 раз;

4. поднимать руки вверх с вдохом и резко опустить вниз с выдохом 5 раз.

Кроме того, во внеурочное время учителем культуры с целью мотивации школьников к занятиям физической культурой может быть также подготовлена тематическая беседа о вредных факторах способствующих развитию и профилактике заболеваний сердца, содержащая следующие базовые аспекты:

1. Контроль за массой тела. Число детей с избыточным весом увеличивается. Избыточный вес – это дополнительная нагрузка на сердце. Каждый килограмм жировой ткани содержит 300 километров капилляров, через которые сердцу надо прокачать кровь. Детское ожирение может усиливаться с возрастом и является причиной возникновения функциональных нарушений со стороны ССС. У таких ребят возникает ряд социально-психологических проблем, понижает самооценку, влияет на межличностные взаимоотношения. Большое значение имеет наследственность. При избыточном весе у обоих родителей до 80 % детей также имеют повышенный вес. Тут сочетаются два фактора: наследственная предрасположенность и привычка к неправильному, несбалансированному питанию, обусловленному семейными традициями.

2. Отказ от вредных привычек. Курение, употребление пива и алкоголя становится нормой жизни для подростков. Важную роль играет своевременная информированность о последствиях пагубных привычек, беседа с родителями и их личный пример, пропаганда ЗОЖ, привлечение подростков в спортивные секции. Алкоголь повреждает клетки сердечной мышцы и повышает давление, отравляет нервную и сердечно-сосудистую систему. Пульс при употреблении алкоголя увеличивается до 100 ударов в минуту, в организме нарушается обмен веществ и питание сердечной мышцы. В тоже время он является источником «пустых калорий», не содержит в своем составе незаменимых для организма веществ, нарушает кровообращение, сердце испытывает кислородное голодание. Риск его употребления значительно превосходит возможную пользу. В сердечной мышце накапливается избыточное количество жира, и сердце с трудом справляется с работой. Курение вызывает спазм питающих сердце сосудов и повышает свертываемость крови, что ускоряет образование тромбов. Никотин резко усиливает

накопление в организме лишнего холестерина, повышает содержание в крови соединений, вызывающих образование жира, способствует повышению частоты сердечных сокращений, происходит гипоксия сердечной мышцы. Основная нагрузка от стресса ложится на наше сердце. Подростки часто подвержены стрессам: контрольные работы в школе, экзамены, конфликты со сверстниками и родителями. Для сравнения, в спокойном состоянии сердце перекачивает 5-6 литров крови. В стрессовой ситуации эти цифры возрастают до 15-20 литров.

3. Нормированные физические нагрузки. Малоподвижный образ жизни (гиподинамия) и / или полное отсутствие физических нагрузок ведет к изменению в жизнедеятельности всего организма: нарушению кровоснабжения сердца и мозга; кровоизлиянию; очаговой деструкции и гипоксии сердца и головного мозга.

Малоподвижный образ жизни и / или отсутствие физической активности снижает интенсивность окислительных процессов в сердце, изменяется нейрогуморальная регуляция органов и тканей, приводит к накоплению избыточного веса и ожирению.

В образовательном учреждении учителю физической культуры совместно медицинскими работниками необходимо создать условия для дополнительных занятий физической культурой, направленных на профилактику ССЗ, например, езда на велотренажере в зале ЛФК под контролем инструктора 2 раза в неделю; занятия аэробикой 2 раза в неделю; посещение плавательного бассейна в группе ЛФК 3 раза в неделю; игра в баскетбол, волейбол 30 минут в спортивной секции 2 раза в неделю.

Таким образом, элементарные знания о ЗОЖ, правильном и сбалансированном питании, ежедневные минимальные физические нагрузки могут оказать общеукрепляющее и оздоравливающее воздействие на организм в целом, помочь увеличить сопротивляемость организма к бактериальной и вирусной инфекции, закалить и укрепить организм школьника, и, главным образом, быть направлены на тренировку сердечных групп мышц и способствовать профилактике и лечению ССЗ.

Опыт использования внеаудиторных мероприятий как способа мотивации познавательной деятельности обучающихся

Журавлев Олег Александрович, преподаватель

Журавлева Ольга Аркадьевна, преподаватель

ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной»

филиал «Новокуйбышевский медицинский колледж»

г. Новокуйбышевск, Самарская область

Среди всего разнообразия внеаудиторных методов и форм работы каждый педагог выбирает себе в помощь те, которые наиболее точно отвечают его профессиональным качествам и человеческим способностям, применение которых позволяет ему наиболее удачно мотивировать познавательную деятельность обучающихся. Авторам хочется поделиться опытом применения в своей профессиональной деятельности следующих форм внеаудиторной работы:

- междисциплинарные конкурсы,
- викторины и олимпиады,
- волонтерские проекты.

1. Междисциплинарные конкурсы. На протяжении ряда последних лет в филиале «Новокуйбышевский медицинский колледж» утвердилась традиция в конце учебного года проводить «Конкурс эрудитов» среди студентов первого года обучения. В заданиях конкурса содержатся вопросы, охватывающие содержание трех дисциплин – анатомии, фармакологии и латыни. Преподаватели дисциплин путем тестирования проводят поэтапный отбор студентов для участия в финальном состязании. Занятие призовых мест является аргументом в повышении оценки промежуточной аттестации обучающихся по перечисленным дисциплинам. Опыт проведения мероприятия показывает, что сравнительно большая доля студентов, принявших участие в конкурсных состязаниях, имела высокую когнитивную мотивацию.

2. Викторины и олимпиады.

Преподавателями дисциплин «Основы латинского языка с медицинской терминологией», «Анатомия и физиология человека», «Языковая грамотность и культура речи в профессиональной деятельности» организовано ежегодное проведение викторины «Умники и умницы». Структура проведения викторины следующая. В первом семестре проводится 1 тур, позволяющий всем студентам первого года обучения пройти отбор для формирования групповых команд. Во втором семестре проводится 2 тур – соревнования между уже сформированными в каждой группе командами. Каждый из туров включает в себя по четыре агона.

Первый агон – конкурс красноречия, второй – проверка грамотности, третий –

конкурс пантомимы и четвертый – ответы на вопросы. Условия викторины, при которых все первокурсники участвуют в конкурсе, оказались эффективными и востребованными: анкетирование выявило заинтересованность не только сильных, но и слабых участников. Этому способствовало и то, что оценка подготовленности студентов к конкурсу учитывалась в рубежном контроле знаний по соответствующим темам.

В конце первого года обучения традиционно проводится олимпиада по анатомии. Это мероприятие так же эффективно мотивирует познавательную деятельность студентов.

3. Волонтерская деятельность.

Одной из задач социализации обучающихся, которые ставит перед собой педагог, является необходимость продолжения формирования у них базовых ценностей социального поведения. Способность нести «доброе и светлое» у студентов - медиков можно развивать привлечением их к участию в волонтерских внеаудиторных мероприятиях, в том числе, и с использованием театрализованных форм.

На базе филиала «Новокуйбышевский медицинский колледж» было создано несколько подобных проектов, которые широко используются в волонтерстве и профессионально-ориентационной работе:

- Проект создания видеофильма «Наш колледж». В этом проекте от участников требовался не только творческий потенциал профессионалов, но и таланты актерского дара, музыкальные способности и умение пользователей видео и аудио конструкторов. Ознакомление школьников девярых и одиннадцатых классов начинается с просмотра видеофильма. Будущие абитуриенты наглядно убеждаются в заинтересованности студентов в освоении профессии, их сплоченности чувством **Alma mater**.

- Проект «Театрализованное представление (оперетта) «Коль сердце каждому дано, пусть дольше служит нам оно»» еще более сложен в сравнении с предыдущим, так как в дополнение к первому от студентов потребовались хороший актерский и поэтический дар, а так же хорошие вокальные данные. Фабулой оперетты стал конфликт между болезнью и здоровьем, добром и злом, не стремлением и стремлением к здоровому образу жизни. Основой сюжета является раскрытие действующими лицами значения причин и условий, вызывающих болезни сердца, здорового образа жизни в их профилактике и долголетию. В разработке этого проекта смогли принять участие наиболее одаренные студенты. В сюжете оперетты 13 ролей. В проекте, кроме исполнителей, приняли участие:

режиссер-постановщик, кинооператор, монтажер. Коллективы нескольких групп первого года обучения приняли участие в пошиве костюмов. Авторами проекта написано 19 стихотворных текстов, девять из которых переложены на минусовки популярнейших, легко узнаваемых мелодий детских песен. Презентация проекта реализуется в двух формах:

1. В настоящее время создается фильм – оперетта с одноименным названием. Конечный продукт предполагается разместить в сети.

2. Осуществлена сценическая постановка оперетты. Планируется представлять оперетту не только на сценах актовых залов школ и колледжей г.о. Новокуйбышевск, но и расширить зону её проведения.

Непременным условием участия в проекте стала хорошая учеба.

Последние годы входит в практику поощрения обучающихся помещением на [YouTube](#) видеороликов выступлений студентов, участников и лауреатов конференций и конкурсов различного уровня. Родители и однокурсники, их родственники и знакомые, бывшие одноклассники и учителя школ могут просматривать успехи лауреатов, что, несомненно, повышает заинтересованность студентов в участии в подобных проектах.

В качестве примера предлагаем посмотреть следующие видеоролики:
<http://www.youtube.com/watch?v=6xLph6UFxhA&spfreload=10>
<http://www.youtube.com/watch?v=ciwoyFR7fAQ&spfreload=10>

В феврале 2013 года в г. Казани проводился межрегиональный конкурс «Профессия добрых сердец», в котором принимали участие студенты четвертых курсов медицинских колледжей Поволжского региона. Елена Порошина заняла 3 место в конкурсе, получив высокую оценку, в том числе за участие в создании роликов.

Конкуренция в борьбе за право работать в рамках реализации проектов становится сильным мотивом творческой и познавательной деятельности.

К перечню ежегодных волонтерских мероприятий, в рамках Всемирного дня борьбы с гипертонией, направленных на сохранение здоровья сердца и сосудов относятся следующие городские акции:

- «Следите за своим кровяным давлением. Сократите риск инфаркта и инсульта!»
- «Пивной дозор»
- «Скажи инфаркту – нет!, протяни руку здоровью»
- «Здоровое сердце без табака!»

Последние годы проводились акции здоровья по инициативе

«Новокуйбышевской центральной городской больницы»: «Здоровое сердце». Студенты проводили беседы с пациентами, измеряли кровяное давление, раздавали памятки.

В заключении отметим, что опыт использования внеаудиторных мероприятий дает нам все основания считать их эффективнейшим средством мотивации познавательной деятельности обучающихся, обогащающим интерактивное взаимодействие преподавателей и студентов, украшающим эти отношения.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ПРАКТИКЕ ФЕЛЬДШЕРА СКОРОЙ ПОМОЩИ

Забашта Ольга Николаевна, преподаватель

Карузина Ирина Михайловна, преподаватель

ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной»

филиал «Новокуйбышевский медицинский колледж»

г. Новокуйбышевск Самарской области

В настоящее время одной из актуальных проблем здравоохранения в экономически развитых странах стали сердечно – сосудистые заболевания, в частности острый коронарный синдром (ОКС).

Термин ОКС используют для обозначения обострения ишемической болезни сердца (ИБС), при первичном контакте с больным в качестве предварительного диагноза. ОКС объединяет такие клинические состояния как острый инфаркт миокарда и нестабильную стенокардию. ОКС, являясь тяжелым состоянием, нередко представляет угрозу для жизни. Зачастую становится клиническим дебютом ИБС. У 20 – 25% больных стабильная стенокардия предшествует первому инфаркту миокарда, тогда как после перенесенного инфаркта стенокардия напряжения наблюдается у половины больных.

Важной проблемой современной кардиологии является ранняя диагностика, дифференциальная диагностика и совершенствование методов лечения ОКС (Giugliano R.P., Braunwald E., 2012; Явелов И.С., 2007, Терещенко С.Н., 2011). Актуальность проблемы подчеркивается выпуском авторитетных рекомендаций по ОКС Американского и Европейского обществ кардиологов (АСС/АНА, 2006; Eur. Heart J., 2006), руководствами Российского научного общества кардиологов (ВНОК, 2006, 2007). В России ежегодно регистрируются порядка 600 000 случаев ОКС, из них 36,4% приходится на инфаркт миокарда и 63,3% – на нестабильную стенокардию.

Актуальность проблемы определена правительством Российской Федерации – 2015 год объявлен годом борьбы с сердечно – сосудистыми заболеваниями. Одно из направлений концепции развития здравоохранения Российской Федерации – снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Проведённая нами исследовательская работа была посвящена изучению особенностей течения ОКС у лиц пожилого возраста с целью определения специфичности диагностических методов исследования на догоспитальном этапе.

В процессе работы были изучены и проанализированы статистические данные заболеваемости ИБС в Российской Федерации, Приволжском Федеральном округе, Самарской области, г.о. Новокуйбышевск, а также проведена работа с сопроводительными талонами ГБУЗ СО «НССМП» и историями болезней ГБУЗ СО «НЦГБ».

Результаты исследования позволили нам выявить особенности диагностики ОКС у пациентов пожилого возраста на догоспитальном этапе и предложить ряд профилактических мероприятий, направленных на снижение ведущих факторов риска развития ИБ, а также снижение влияния факторов риска на течение заболевания.

Широкая распространенность ИБС среди населения старших возрастных групп – одна из приоритетных проблем в геронтологии.

Основными звеньями этиопатогенеза ОКС является атеросклероз, тромбоз и спазм коронарных артерий. ОКС – отражение острого или подострого уменьшения доставки кислорода к миокарду. ИБС у пожилых – проявление системного атеросклероза, что является особенностью старших возрастных групп.

Диагностика ОКС основывается на 3 группах критериев: анамнез и физикальное обследование, данные инструментального обследования (ЭКГ), определение в крови маркеров некроза миокарда. Значение лабораторных изменений периода обострения ИБС в последнее время приобрело ведущее значение, несомненно, с обязательным сочетанием наличия клинических признаков коронарного болевого синдрома. Ведущее значение отводится маркерам повреждения миокарда (миоглобин, сердечные тропонины). Оценка лабораторных показателей проводится в сочетании с электрокардиографическими изменениями и клиническими проявлениями. Маркеры некроза миокарда контролируются и оцениваются в динамике. Поэтому важно провести первый тест сердечного тропонина на этапе скорой помощи. Разработан стандарт ведения пациентов с ОКС на догоспитальном этапе. Электрокардиография позволяет не только диагностировать, но и классифицировать ОКС на 2 варианта: ОКС с подъемом сегмента ST и ОКС без подъема сегмента ST.

Лечебную тактику пациентам с ОКС определяет вариант течения независимо от возраста. Прогноз заболевания у пациентов с ОКС зависит от ранней постановки диагноза и выбора лечебной тактики в соответствии со стандартом.

Клинические особенности течения ИБС у пожилых больных на фоне различных заболеваний с единой атеросклеротической этиологией выражаются в том, что типичные формы ИБС встречаются редко, с возрастом нарастает частота атипичных форм ИБС в виде трансформации болевых синдромов и эквивалентов стенокардии. У пожилых больных с длительно текущей ИБС изменение характера болевого синдрома, проявляющееся одышкой, болями в эпигастрии, аритмиями, позволяет предположить обострение.

У больных пожилого возраста с сочетанием ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии преобладают безболевые эпизоды ишемии миокарда, они наблюдаются на фоне увеличения артериального давления и числа сердечных сокращений, нарушения ритма. Также для пациентов пожилого возраста характерна нетипичность коронарной боли (нетипичная локализация, характер и иррадиация боли; постепенное начало; неявная эмоциональная окраска, пролонгированное течение).

У больных пожилого возраста отмечается повышение частоты возникновения ОКС без элевации сегмента ST, повышение частоты возникновения ОКС у женщин, уменьшение традиционных факторов риска.

Основными направлениями для снижения заболеваемости и смертности от сердечно – сосудистых заболеваний является внедрение комплекса мер, направленных на:

- первичную и вторичную профилактику сердечно – сосудистых заболеваний;
- внедрение современных методов диагностики и лечения;
- обеспечение доступности и своевременности оказания неотложной помощи;
- информирование населения о возможных рисках развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений.

Положительный эффект при лечении ОКС напрямую зависит от времени обращения за медицинской помощью. В таком случае признаки инфаркта могут быть обратимыми и в дальнейшем не повлияют значительно на функциональное состояние сердца. Чтобы неотложная помощь принесла положительные результаты, необходимо, чтобы пациенты поступали в тот момент, когда сердце еще только ощущает нехватку кислорода и нет разрушения клеток сердца. В условиях «кислородного голодания» при болях, клетки миокарда могут прожить 20 – 30 минут. В первые два часа от начала болевого синдрома медицинские работники успеют помочь и предотвратить инфаркт миокарда.

Самой эффективной профилактикой заболеваний сердца является снижение неблагоприятного воздействия факторов угрозы. Всемирная организация здравоохранения выделяет четыре ведущих фактора риска ИБС: артериальная гипертензия, сахарный диабет, дислипидемия, курение. На течение ИБС, такие факторы риска как курение и дислипидемия, снижают свое значение у пациентов пожилого возраста. Необходимо корректировать и другие факторы риска ИБС: психоэмоциональные нагрузки, избыточную массу тела, гиподинамию, избыточную физическую нагрузку, нерегулярный прием лекарственных средств, нерациональное питание. С целью снижения влияния факторов риска на течение заболевания необходимо соблюдать следующие рекомендации:

1. Отказ от курения и чрезмерного употребления алкоголя.
2. Исключение психоэмоциональных перегрузок.
3. Поддержание оптимальной массы тела.
4. Регулярная физическая активность.
5. Контроль артериального давления.
6. Соблюдение принципов рационального и сбалансированного питания.
7. Контроль уровня холестерина в крови.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бокарев И.Н. Острый коронарный синдром и его лечение / И.Н. Бокарев // Consilium medicum. 2005. - № 5. С. 72-81.
2. Бузиашвили О.И. Нагрузочные и функциональные пробы в кардиологии: руководство для врачей / О.И. Бузиашвили, И.М. Бурдули, / Э.У. Асымбекова. - М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева// РАМН, 2001.- № 1. С. 55.
3. Бунин Ю.А. Антитромботическая терапия острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST / Ю.А. Бунин // Лечащий врач. -2006.-№6. С. 28.
4. Биомаркеры в дифференциальной диагностике острых коронарных и аортального синдромов / Ю. В. Белов // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. - 2012. - № 3. С. 44-47.
5. Верткин А. Л. Острый коронарный синдром: тактика ведения на до- и госпитальном этапах / А. Л. Верткин, /М. А. Алиев,/ З. С. Шогенов // Врач скорой помощи. - 2012. - № 12. С. 17-22.
6. Гогин Е.Е. Острый коронарный синдром: этапы диагностики / Е.Е. Гогин // Терапевтический архив.- 2011. - № 4. С. 5-11.
7. Медицинская помощь больным с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе фельдшерскими бригадами: реальность и перспективы [Текст] / С. А. Рожков [и др.] // Врач скорой помощи. - 2012. - № 7. С. 9-12.

8. Организация совместной работы скорой медицинской помощи и кардиологического стационара при остром коронарном синдроме [Текст] / Д. В. Крючков [и др.] // Врач скорой помощи. - 2012. - № 6. С. 9-12.
9. Приоритетный национальный проект «Здоровье». // Руководство по скорой помощи. АСМОК., 2007.
10. Руководство по кардиологии [Текст] : учеб. пособие. В 3 т. Т. 1 / под ред. Г. И. Сторожакова, / А. А. Горбаченкова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, -2008. С. 672.
11. Тобулток Г.Д./ Иванова Н.А.// Синдромная патология, дифференциальная патология и фармакотерапия. – М.: Форум, Инфра-М,- 2010. С. 336.
12. <http://www.kardiocenter.ru>
13. <http://medportal.ru>

Милосердие – одно из важнейших качеств медицинского работника

*Иванова О.Р., преподаватель психологии
БПОУ «Чебоксарский медицинский колледж»*

*Белоснежный ангел милосердия
Вышит нимб рубиновым крестом;
Ты спешишь на помощь через тернии
Бедам, вслед махнув своим крылом.
Сергей Грицай*

Для каждого из нас милосердие - это, явление человеческих чувств и эмоций, готовности помочь кому-нибудь или простить кого-нибудь из сострадания, человеколюбия. Проявить или вызвать к чьему-нибудь милосердию. Так же это готовность из сострадания оказать помощь тому, кто в ней нуждается.

Имидж медицинского работника заключаются в том, что в них все нормы, принципы и оценки ориентированы на здоровье человека, его улучшение и сохранение. Медицинский работник обязан оказывать медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности и профессиональным стандартам, нести моральную ответственность, превыше всего ставить сострадание, милосердие и уважение к жизни пациента. В сфере здравоохранения трудовая мораль стоит на первом месте, поскольку эта профессия связана самым ценным, что есть на земле, – жизнью и здоровьем человека.

Милосердие, как состояние души человека, является основой и связующим звеном между медицинским работником и пациентом, понимается как внутренняя устремленность к добру, потребность отдавать свои душевные силы. Стиль

поведения медицинского работника, обусловленный совокупностью его личностных качеств, его ценностными ориентирами и интересами, оказывает решающее воздействие на систему отношений с пациентами, которую он формирует.

В качество каждого медработника относятся, все прожитые им случаи из жизни, эмоции, страхи, понимания того в каком затруднительном положении сейчас оказались, совершенно посторонние им люди. Но это не меняет их отношения к ним, так как, каждый из них, с готовностью сделают все возможное для улучшения состояния пациента, поддержат их, словами, профессиональными действиями, доброжелательным отношением. Мотивируя пациентов на выполнение различных физических нагрузок, разрабатывают индивидуальные программы реабилитации, для дальнейшего улучшения качества жизни пациента. Ведь с улучшением состояния больного или его выздоровления медицинские работники чувствуют прилив энергии и положительных эмоций. Каждый раз убеждаемся в том, что забота, и милосердие в большой степени влияет на поправку пациента, способствует его активному росту эмоционального повышения настроения и самочувствия, укрепляет веру в свое выздоровления, возвращение к активному образу жизни.

В высшей степени проявления милосердия мы можем услышать в рассказах, воевавших в Великой Отечественной войне (1941-1945г.) произведениях "У войны не женское лицо" Алексиевич С.А., «А зори здесь тихие...» Борис Васильев. И если говорить о женщинах на войне – вспоминаются в первую очередь, «сестры милосердия». К «сестричке», Советской Армии среди солдат было особое отношение - их чтили, любили, уважали. Они наравне с бойцами принимали участие в атаках, бесстрашно отправлялись в самые горячие точки, спасая раненых. Не заботясь о себе, что бы помочь родине и солдатам. Под смертельным огнем выносили они раненых с поля боя, доставляли их в медицинские пункты, оказывали необходимую помощь, а затем эвакуировали в госпитали и дальше в тыловые специализированные учреждения. Это отличный пример того, какими должны быть медицинские работники нашего поколения во всем и всегда, независимо от того какую специальность или должность он занимает.

Я призываю всех людей быть милосердными. Чтобы изменить мир к лучшему начните с себя, и тогда другие люди потянутся за вами.

МОЛЧАЛИВЫЙ И ТАИНСТВЕННЫЙ УБИЙЦА

*Иванова Наталья Юрьевна, преподаватель
БПОУ УР «Ижевский медицинский колледж
имени Героя Советского Союза Ф.А. Пушиной
Министерства здравоохранения Удмуртской Республики»
Ижевск, Удмуртская Республика*

Несмотря на всеобщие усилия, артериальная гипертензия (АГ) остается одной из наиболее значимых медицинских и социальных проблем. Повышенное давление способствует развитию важнейших сердечнососудистых катастроф, приводящих к высокой смертности в России (инфаркт миокарда и мозговой инсульт) [2].

Артериальная гипертензия – это заболевание, основным проявлением которого, является повышенное артериальное давление. Проблема артериальной гипертензии достаточно серьезна.

Пациенты с повышенным давлением обычно имеют неблагоприятную наследственность и дополнительные факторы риска (сахарный диабет, снижение толерантности к глюкозе, повышенный холестерин), который медленно, но верно выводят из строя сердце, почки, головной мозг, сосуды.

Сегодня всем хорошо известно, что раз и навсегда излечить артериальную гипертензию невозможно, а применение антигипертензивных препаратов курсами крайне нежелательно, т.к. их отмена может привести к обострению заболевания. Выход только один – постоянный контроль уровня артериального давления.

У многих людей АГ длительное время может протекать практически бессимптомно, не изменяя самочувствия. Испытывая постоянное воздействие гипертензии, организм постепенно адаптируется к высоким цифрам артериального давления, при этом у пациента может сохраняться хорошее самочувствие. Недаром кардиологи называют гипертонию «немым убийцей». Риск серьезных последствий одинаково высок как для людей, «чувствующих» свое высокое давление, так и для тех, кто его не ощущает.

С течением времени гипертензия наносит удар по всему организму, а особенно по сосудам мозга, сетчатки, сердца, почек.

Неосведомленность о наличии у повышенного артериального давления приводит к недооценке этого заболевания, несвоевременному началу лечения и профилактики таких осложнений, как мозговой инсульт и инфаркт миокарда.

Так как проблема АГ занимает лидирующее место среди всех заболеваний, 2015 год в России объявлен годом борьбы с сердечнососудистыми заболеваниями [1].

В развитии АГ наибольшее значение имеют три этиологических фактора:

1. Постоянное нервно-психическое напряжение.
2. Избыточное потребление соли.
3. Наследственная предрасположенность.

Способствует развитию гипертонической болезни ожирение (70% больных страдают ожирением) и злоупотребление алкоголем (у алкоголиков гипертоническая болезнь возникает в 2-3 раза чаще по сравнению с непьющими людьми) [2].

Ученые Питтсбургского университета выяснили, что гипертония связана с психологическими заболеваниями: неумением выражать эмоции, постоянной тревогой, депрессией. Такие люди достаточно ранимы и амбициозны. Они боятся выглядеть злыми, поэтому скрывают свои эмоции. Дефицит эмоций, их выражение, могут привести также к повышению артериального давления [3].

Лечение АГ должно сопровождаться решительным изменением образа жизни: в первую очередь обязательным введением регулярной посильной физической нагрузки. Это могут быть: ходьба, бег трусцой, спокойное плавание, езда на велосипеде, и другие занятия, которые по душе.

Не допустимы стрессы и нервные переутомления, что также влечет повышение артериального давления. Спать следует не менее 7-8 часов в сутки, при этом рекомендуется ложиться и вставать в одно и то же время.

Не обойтись и без специальной диеты. При помощи лечебного питания можно добиться существенного снижения артериального давления. Ограничение потребления поваренной соли до 4-5 г в день позволяет уже через неделю снизить артериальное давление сначала на 4-6 мм рт. ст., затем, по мере соблюдения такой диеты в течение 2-3 недель иногда до нормы. Особенно эффективно ограничение соли в пожилом возрасте и при ожирении. Для улучшения вкуса пищи можно использовать сушеную морскую капусту, зелень, лук, чеснок, пряности, томатный сок, лимонную кислоту, уксус. Однако во всем следует соблюдать меру, т.к. натрий и хлор – незаменимые для нашего организма микроэлементы. Поэтому при возникновении симптомов их дефицита (мышечная слабость, потеря вкуса, угнетение аппетита) нужно увеличить потребление соли. Принимать пищу следует небольшими порциями не менее 4 раз в день. При проблемах с давлением следует отказаться от длительного голодания и жестких диет.

Чтобы соль не задерживалась в организме, необходимо употребление продуктов, богатых калием. Калиевая диета – диета пониженной энергетической ценности, предполагающая исключение поваренной соли, ограничение свободной

жидкости. Обязательно включение в рацион огурцов, сухофруктов, орехов, фасоли, морской капусты, гороха. Употреблять калий в достаточном количестве важно и для предотвращения его дефицита, возникающего при использовании некоторых мочегонных препаратов.

Желательно обогащение рациона питания поливитаминными препаратами – не более 1-2 драже в день.

Снижение массы тела на 4-5 кг почти всегда способствует уменьшению артериального давления.

Каждый третий взрослый человек в мире страдает повышенным артериальным давлением. По данным анкетирования проведенным среди жителей г. Ижевска АГ диагностирована у 9% возраста 18-25 лет, 14% - возраст 25-40 лет, 34% - 40-60 лет и у – 43% старше 60 лет. Данные представлены на рис.1

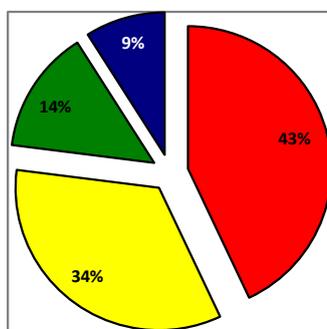


Рис.1 Частота заболеваемости АГ по возрасту

От АГ никто не застрахован. Однако чаще гипертония встречается у людей страдающих ожирением, ведущих малоактивный образ жизни, с отягощенной наследственностью (рис.2.)

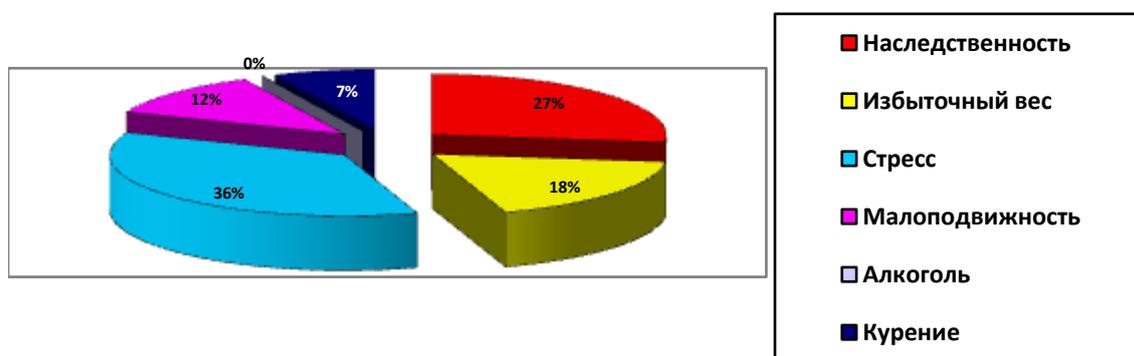


Рис.2. Факторы риска, способствующие развитию АГ

Прием лекарств помогает снизить давление практически всем, но не стоит забывать про дополнительные методы терапии: народные средства, фитотерапия, зарядка, прогулки, правильное питание. На раннем этапе АГ данные методы предотвратят развитие заболевания.

По результатам проведенного анкетирования можно сделать следующие выводы:

– Проблема артериальной гипертензии с каждым годом «молодеет», все большее количество молодых людей сталкивается с данным заболеванием. Трудность заключается в том, что не обращают внимание на симптомы болезни и не прибегают к помощи специалистов.

– Наследственность и стресс, избыточный вес являются самыми распространенными факторами риска подъема давления среди населения. Поэтому очень важно вести здоровый образ жизни, спокойно относиться ко всему происходящему, не расстраиваться по пустякам, правильно питаться и тем самым облегчить свое состояние.

Конечная цель терапии АГ – предотвратить развитие нарушений мозгового кровообращения, инфаркта миокарда, внезапной сердечной смерти, улучшить отдаленный прогноз.

Данное хроническое заболевание нуждается в здоровом стиле жизни.

Список использованной литературы:

1. Агеенкова, О.А. Применение при артериальной гипертензии фиксированной комбинации препаратов /О.А. Агеенкова// Врач.-2013, -№ 4.- с. 72-75.
2. Мешкова, К.С. Зависимость развития инсульта от артериальной гипертензии и вопросы выбора антигипертензивной терапии /К.С. Мешкова, В.В.Гудкова, Л.В.Стаховская //Фарматека: кардиология, неврология.-2014.-№ 13.- С. 8-13.
3. Фурсов, А.Н. Современная антигипертензивная терапия /А.Н.Фурсов, Н.П. Потехин//Новая аптека: аптечный ассортимент. -2012.-№3, ч. I.-С. 39-42.
4. Чекрышкина, Л.А. Стандартизация нового гипотензивного средства /Л.А.Чекрышкина, Е.А.Непогодина //Фармация.-2013.-№ 1.-С. 19-22

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В РЕГИОНАХ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

*Краснова Елена Анатольевна, преподаватель
Шенталинский филиал ГБПОУ «Тольяттинский медицинский колледж»
Станция Шентала, Самарская область, РФ*

На сегодняшний день сердечно – сосудистые заболевания являются «убийцей номер один» во всех развитых и развивающихся странах. Среди всех urgentных состояний кардиологического профиля центральное место занимает инфаркт

миокарда.

Актуальность исследовательской работы заключается в том, что, основными причинами смерти в Самарской области по-прежнему остаются болезни системы кровообращения (51,3%). Впервые выявленная заболеваемость болезнями системы кровообращения по сравнению с 2010 годом выросла на 16% и составила 3 251,3 случая на 100 тыс. населения. В связи с увеличением с 2010 по 2014 год количества острых состояний сердечно сосудистой системы, приобретает особую значимость профессиональная роль медицинских работников скорой медицинской помощи в своевременном и высококвалифицированном оказании скорой медицинской помощи пострадавшим.

Цель: Разработка предложений по улучшению качества оказания скорой медицинской помощи населению.

Для реализации поставленной цели сформулированы следующие задачи:

1. Оценка особенностей организации и оказания скорой медицинской помощи населению г. Самары и Шенталинского района.
2. Изучить нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность службы скорой медицинской помощи.
3. Изучить медицинскую статистическую документацию Шенталинского района.

Инфаркт миокарда — это состояние характеризующееся развитием интенсивных приступов болей за грудиной. Как правило, боль носит давящий или жгущий характер, распространяется под лопаткой, сопровождается возбуждением, чувством страха.

При анализе медицинской статистики Шенталинского района было определено, что в 2013 году инфаркт миокарда наблюдался у 15 человек, а в 2014 году – у 19 человек. Пик заболеваемости приходится на возрастную группу от 56 до 65 лет и преобладает у мужчин. Число смертностей от инфаркта миокарда увеличивается в связи с осложнениями, а так же при неправильной тактике фельдшера бригады скорой помощи. Иногда острый инфаркт миокарда может протекать атипично. Существует:

- гастралгический вариант развития острого инфаркта миокарда (боли в животе, тошнота, рвота, слабость);
- астматический вариант (приступ удушья, напоминающий бронхиальную астму);
- церебральный вариант (головокружение, слабость, потеря сознания) и др. Жизненно важно сократить период от возникновения первых симптомов до регистрации ЭКГ и консультации специалиста. Отсрочка начала лечения при остром

инфаркте миокарда недопустима.

Самой опасной является ранняя фаза заболевания — первые часы, когда высок риск остановки сердца. Своевременная и адекватная медицинская помощь при ОИМ заключается в максимально раннем проведении процедуры тромболиза, оптимально в течение первого часа от возникновения симптомов. Госпитализация пациента должна осуществляться в кардиореанимационное отделение, обладающее возможностью проведения ангиопластики и стентирования коронарных артерий. Чем раньше будет восстановлен кровоток в сосуде, тем больше шансов на благоприятный исход.

Распознать острый инфаркт на догоспитальном этапе поможет только ЭКГ. Поэтому для улучшения качества оказания неотложной помощи Бригады скорой медицинской помощи оснащаются системами для дистанционной передачи ЭКГ. Это позволит профессионально и своевременно трактовать ЭКГ-изменения у пациентов до поступления в стационар, благодаря чему расширятся возможности проведения догоспитального тромболиза в рамках «золотого часа», что особенно актуально для удаленных районов Самарской области, в том числе и Шенталинского района

Работа фельдшеров скорой помощи требует постоянного профессионального совершенствования. Предложено проводить информирование фельдшеров об актуальных вопросах неотложной помощи и проводить конференции, семинары, разборы ошибок тактики фельдшера.

Смертность от болезней системы кровообращения в Самарской области только за период с 2013 по 2014гг. снизилась на 11,9%: с 723,7 до 637,9 на 100 тыс. населения соответственно.

Библиографический список:

1. Посненкова О.М., Коротин А.С., Киселев А.Р. и др. Выполнение рекомендованных лечебных мероприятий у больных с острым коронарным синдромом в 2014 году: отчет по данным федерального регистра. Кардио-ИТ 2015;
2. Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных в Шенталинском районе 2010 – 2014 гг, форма 12
3. www://meduniver.com/Medikal/cardiologia/

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ КАК ФАКТОР РИСКА В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Кубасова Наталья Владимировна, преподаватель
ГАОУ СПО «Казанский медицинский колледж»*

Для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними ВОЗ определила ряд высоко эффективных мероприятий, практически осуществимых даже в условиях низкой обеспеченности ресурсами. Люди, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями или подвергающиеся высокому риску таких заболеваний (в связи с наличием одного или нескольких факторов риска, таких как повышенное кровяное давление, диабет, гиперлипидемия, или уже развившегося заболевания) нуждаются в раннем выявлении и оказании помощи путем консультирования и, при необходимости, приема лекарственных средств.[12]

По определению экспертов ВОЗ «сахарный диабет является проблемой всех возрастов и всех стран», поэтому решение многих вопросов, связанных с этим заболеванием поставлено во многих странах мира на государственный федеральный уровень. [13] Сахарный диабет 2 типа составляет 85-90% от всех типов сахарного диабета и наиболее часто развивается у людей старше 40 лет и, как правило, ассоциирован с ожирением. Сахарный диабет 2 типа (инсулиннезависимый) – метаболическое заболевание, характеризующееся хронической гипергликемией, развивающейся в результате нарушения взаимодействия инсулина с клетками тканей. (ВОЗ, 1999г.) [1, 11, 3, 14]

Итак, причиной сахарного диабета 2 типа является в первую очередь инсулинорезистентность – снижение чувствительности клеток к действию инсулина. Утрата поджелудочной железой способности вырабатывать инсулин происходит только на поздних стадиях заболевания. В начале заболевания в крови циркулирует избыточное количество инсулина. Но он плохо понижает сахар в крови, потому что клетки малочувствительны к его действию. Предполагается, что ожирение вызывает инсулинорезистентность. И наоборот – чем сильнее инсулинорезистентность, тем больше инсулина циркулирует в крови и тем быстрее накапливается жировая ткань. Абдоминальное ожирение – это особый тип ожирения, при котором жир накапливается на животе, в верхней части тела. Абдоминальное ожирение вызывает инсулинорезистентность, и они усиливают друг друга. Если поджелудочная железа не в состоянии вырабатывать достаточно инсулина, чтобы покрыть повышенную потребность в нем, возникает сахарный диабет 2 типа. При сахарном диабете инсулина в организме не мало, а, наоборот, в 2-3 раза больше нормы. Проблема в том, что клетки плохо реагируют на него. Стимулировать поджелудочную железу

вырабатывать еще больше инсулина – это тупиковый путь лечения. [1, 11, 13, 16]

Подавляющее большинство людей в условиях сегодняшнего изобилия пищи и малоподвижного образа жизни склонны к развитию ожирения и инсулинорезистентности. По мере накопления жира в организме, нагрузка на поджелудочную железу постепенно повышается. В конце концов, бета-клетки не справляются с выработкой достаточного количества инсулина. Уровень глюкозы в крови становится выше нормы. Это в свою очередь оказывает токсическое действие на бета-клетки поджелудочной железы, и они массово гибнут. Так развивается сахарный диабет 2 типа. Диабет 2 типа развивается более медленно и мягко, чем диабет 1 типа. Сахар в крови при диабете 2 типа редко поднимается до «космических» высот. Но все равно без тщательного лечения он остается повышенным и это вызывает развитие осложнений диабета, которые приводят к инвалидности или смерти. [12, 13, 16]

Повышенный сахар в крови при сахарном диабете нарушает проводимость нервов, повреждает кровеносные сосуды, сердце, глаза, почки и другие органы. Поскольку эти процессы обычно не вызывают явных симптомов, то сахарный диабет 2 типа называют «тихим убийцей». Поскольку сначала нет острых симптомов, то заболевание может быть очень коварным, исподволь разрушая организм. Сахарный диабет 2 типа является основной причиной почечной недостаточности, ампутации нижних конечностей и случаев слепоты во всем мире. Он способствует развитию инфарктов и инсультов. При сахарном диабете 2 типа наблюдаются такие симптомы, как: жажда, сухость во рту, полиурия, зуд кожи, общая и мышечная слабость, плохая заживляемость ран. [1, 3, 16]

Риск заболеть сахарным диабетом 2 типа возрастает, если: 1) вы страдаете избыточным весом, 2) кто-то из близких родственников болен сахарным диабетом 2 типа, 3) вы курите, 4) в вашем рационе недостаточно питательных веществ, 5) у вас повышенное содержание холестерина в крови, 6) вы страдаете сердечными заболеваниями. [11, 15]

Обычно рекомендуют следующие меры, которые помогут сдерживать развитие болезни: 1) измените режим питания – старайтесь есть поменьше, избегать жирной пищи и продуктов, богатых углеводами (сахар, хлеб, мучные изделия, картофель), 2) занимайтесь физическими упражнениями – старайтесь побольше ходить пешком или бегать, 3) медикаментозное лечение (пероральные сахароснижающие препараты). [11, 15]

В настоящее время такими сахароснижающими (гипогликемическими) лекарственными средствами, используемыми при сахарном диабете 2 типа, являются бигуаниды. Бигуаниды изучаются студентами в рамках программы

(ПМ.01.Реализация лекарственных средств и товаров аптечного ассортимента МДК 0101 «Лекарствоведение» специальность: 060301 «Фармация»).

В Средневековой Европе при лечении сахарного диабета применялся экстракт растения - козлятника (по другим источникам – французской лилии) *Galega officinalis*. Объективным результатом применения экстракта было то, что моча становилась менее сладкой. В конце XIX века в экстракте был обнаружен изоамилен – гуанидин. В 1918 г было научно доказано, что гуанидин обладает гипогликемической активностью у животных. В то же время он был очень токсичен для печени. В 1920 г. были синтезированы первые бигуаниды – синталиин А и синталиин В. В 1926 г. провели клинические испытания, после чего синталиин начала производить немецкая фармацевтическая компания. Однако высокая токсичность синталиина и широкое внедрение инсулина приостановили исследования бигуанидов. Снова бигуаниды начали широко использовать в 1950 г., что было продиктовано поиском эффективного перорально препарата для терапии сахарного диабета 2 типа. Исследования показали высокую эффективность фенформина и буформина. Однако в 1970 г появились данные о случаях смерти от лактатацидоза (накопление молочной кислоты) и во многих странах препараты были изъяты из продажи или запрещены. Единственным препаратом, разрешенным к применению, является метформин. Метформин был впервые описан в 1922 г. Э. Вернером и Дж. Беллом. В 1929г. К.Г. Слотта и Р. Чеше открыли его выраженное гипогликемическое свойство на кроликах. [14]

Метформин N,N–диметилбигуанид. Белый кристаллический порошок, легко растворим в воде. Синонимы: Багомет, Гликомет, Гликон, Глиформин, Глюкофаг, Глюкофаж, Дианормет, Диформин, Метфогамма, Сиофор. Препарат списка Б. [6]

Гипогликемическое действие метформина обусловлено несколькими механизмами действия.

1) Метформин в присутствии инсулина подавляет продукцию глюкозы печенью за счет повышения чувствительности гепатоцитов к инсулину, снижения глюконеогенеза, активации обмена лактата, повышения синтеза гликогена и снижения гликогенолиза.

2) Метформин уменьшает инсулинорезистентность на уровне периферических тканей (жировой и мышечной) и печени за счет усиления потенцирования действия инсулина, повышения сродства рецепторов к инсулину, восстановления нарушенных пострецепторных звеньев передачи сигнала, увеличения числа рецепторов к инсулину в клетках-мишенях.

3) Метформин повышает утилизацию глюкозы в результате анаэробного гликолиза.

4) Метформин несколько замедляет абсорбцию глюкозы в кишечнике, что приводит к сглаживанию пиков гликемии.

5) Метформин увеличивает анаэробную утилизацию глюкозы в кишечнике. Таким образом, правильнее говорить не об истинном гипогликемизирующем (сахароснижающем), а о антигипергликемическом действии. [2, 4, 14]

Кроме того, метформин оказывает благоприятное действие на липидный спектр и на свертывающую систему крови. Он снижает концентрацию триглицеридов в плазме крови на 10-20%. Достоверное снижение концентрации общего холестерина и холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), вероятно происходит благодаря уменьшению их биосинтеза в кишечнике и печени. Метформин уменьшает концентрацию хиломикроннов после еды и несколько повышает концентрацию холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП). Препарат усиливает процессы фибринолиза, вследствие чего уменьшается риск тромбообразования и сосудистых осложнений диабета. Метформин обладает слабым анорексигенным действием. [2, 4, 14]

Фармакокинетика. Метформин быстро абсорбируется из желудочно-кишечного тракта. Биодоступность составляет 50-60%. Максимальная концентрация препарата в плазме крови достигается примерно через 2 ч после приема внутрь. Период полувыведения колеблется от 6 ч (в плазме) до 17 ч (в крови). Накапливается в эритроцитах, слюнных железах, печени, почках. Метформин практически не связывается с белками плазмы. Выводится почками в неизменном виде. При нарушении функции почек возможна кумуляция препарата. [6, 10] Применяют для лечения сахарного диабета 2 типа, особенно в сочетании с ожирением у взрослых. В комбинации с инсулином назначают при инсулинорезистентных формах диабета, а также при резистентности (устойчивости) к противодиабетическим препаратам – производным сульфонилмочевины. [10] Назначают внутрь во время еды, начиная с дозы 500 мг (вечером перед сном). Через 5-7 дней дозу при необходимости увеличивают с учетом результатов исследования содержания сахара в крови и в моче. Средняя суточная доза 850 мг 2 раза в день или 500 мг 3 раза в день. Максимальная суточная доза 2500 мг (2,5 г). [6,10] В целом, у большинства пациентов переносимость препарата хорошая. Среди побочных эффектов следует отметить: металлический привкус во рту, иногда желудочно-кишечные расстройства (тошнота, рвота, диарея, анорексия), которые в начале терапии наблюдаются у 20% больных, а затем самостоятельно проходят в течение нескольких дней; гипогликемия, мегалобластная анемия, лактацидоз (требует прекращения лечения), кожные аллергические реакции. При длительном применении наблюдается нарушение всасывания в кишечнике витамина В12. [2, 4.]

Самое опасное осложнение применения метформина – накопление в крови и тканях избытка молочной кислоты и развитие. Клиническая картина молочнокислого ацидоза не имеет симптомов. Ранняя диагностика затруднительна. В тяжелых случаях это состояние может закончиться комой с 50% летальностью. [7, 9] В стационарах имеются лактометры и тест-полоски для экспресс-анализа лактата в крови.

Противопоказания: все острые состояния, требующие проведения инсулинотерапии (хирургические вмешательства и травмы, острый инфаркт миокарда или острое нарушение мозгового кровообращения), беременность и кормление грудью, тяжелые нарушения функций печени и\или почек, наличие лактатацидоза, либо состояний, которые могут способствовать развитию молочнокислого ацидоза (гипоксические заболевания – анемия, хроническая сердечная недостаточность, дыхательная недостаточность, дегидратация, хронический алкоголизм), острые инфекции мочевыводящих путей или бронхолегочные инфекции, соблюдение гипокалорийной диеты, метформин не рекомендуется принимать пациентам старше 60 лет и пациентам, выполняющим тяжелую физическую работу, т.к. это связано с повышенным риском развития молочнокислого ацидоза. Препарат не следует принимать перед хирургическими операциями и в течение 2 дней после их проведения. [6, 9, 10]

Меры предосторожности: необходимо контролировать функции почек. При появлении миалгии следует определить содержание лактата в плазме. Прием алкоголя на фоне лечения метформином может вызвать «антабусный эффект». Кроме того, прием алкоголя повышает риск развития гипогликемии. [9]

Усиливают гипогликемическое действие метформина: акарбоза, инсулин, салицилаты, ингибиторы МАО, окситетрациклин, ингибиторы АПФ, клофибрат, циклофосфамид. Уменьшают гипогликемическое действие метформина: глюкокортикостероиды, пероральные контрацептивы, адреналин, гормоны щитовидной железы, производные фенотиазина, тиазидные диуретики, производные никотиновой кислоты. [7]

Многим пациентам с сахарным диабетом 2 типа монотерапии обычно бывает недостаточно. Наиболее эффективной является комбинация метформина с инсулином, а так же с глитазонами, глинидами и производными сульфонилмочевины. Фармацевтическая промышленность выпускает готовые комбинации глибенкламида и метформина – Глибомет и Глюкованс. [9] Препарат Глюкофаж – Сиофор пролонгированного действия, намного реже вызывает побочные эффекты (вздутие живота и диарею), а так же понижает сахар в крови в 1,5 раза эффективнее, чем Сиофор, и это оправдывает его более высокую цену.

Считается, что Глюкофаж более очищенный, чем Сиофор. [16] Изучаются антидиабетические свойства желатиновых ректальных капсул с метформинном.[8]

В нашей стране применение бигуанидов не получило широкого распространения, в то время как в странах Европы, США, Канады они занимают более 25% рынка таблетированных сахароснижающих средств. Метформин – производное диметибигуанидов – наиболее безопасный и часто применяемый препарат этой группы. [9]

Заключение.

Большинство сердечно-сосудистых заболеваний можно предотвратить путем принятия мер в отношении таких факторов риска, как нездоровое питание и ожирение, отсутствие физической активности. Для вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у лиц с уже имеющимся диабетом необходимо проведение лечения. Метформин является препаратом первого ряда при необходимости назначения медикаментозного лечения при сахарном диабете 2 типа.

Литература:

1. Алмазов В.А. Клиническая патофизиология. Учебное пособие. – М.: ВУНМЦ, 1999
2. Ахметов А.С. Алгоритм диагностики и управления сахарным диабетом 2 типа. – М., 2007
3. Балаболкин М.И. Сахарный диабет. – М., 1994
4. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет. – М., 2007
5. Мансурова Р.Г., Кубасова Н.В., Газизова З.А. Изолирование метформина из биологического материала и его идентификация. Актуальные вопросы судебной медицины и права. – Казань, 2010. – 213-218
6. Машковский М.Д. Лекарственные средства. - М., 2014. – 556-557
7. Москаленко В.Ю., Мерзликин С.И. Научные ведомости. – Белгородский государственный университет. - 2013
8. Приворотнова С.И. Изучение антидиабетических свойств желатиновых ректальных капсул с метформинном при экспериментальном сахарном диабете. – Воронеж, Пятигорск, 2013.
9. Рослякова Л.В., Ахметов А.С. Бигуаниды: интерес возрождается. –РМЖ 1998. N12
10. Фармакология. Учебник под ред. проф. Аляутдина Р.Н. –М., 2010. -585-893
11. Ягудина Р.И., Куликов А.Ю., Аринина Е.Е. Фармакоэкономика сахарного диабета 2 типа. – М., 2011 - 352

12. Информационный бюллетень N 317 январь 2015. – Всемирная организация здравоохранения.
13. <http://www.Rmj.ru/articles> Медпортал
14. <http://www.ru.wikipedia.org>
15. www.lifescan.ru сайт one touch
16. Сайт Diabit – med. Com

Анализ роли медицинской сестры в профилактике осложнений гипертонической болезни

*Лазарева Любовь Анатольевна, преподаватель
ОГБПОУ «Карсунский медицинский техникум»*

Гипертоническая болезнь - одно из самых распространенных и коварных заболеваний сердечно - сосудистой системы. Только в России около 30 млн. человек (каждый четвертый россиянин) имеют повышенные цифры артериального давления. Гипертоническая болезнь чревата такими грозными осложнениями как атеросклеротические изменения в сосудах, ведущие к развитию ишемической болезни сердца, инсультам, к поражению почек и других жизненно важных органов. В 2013 году число людей, погибших от сердечно - сосудистых заболеваний, составило 53,5% от общей смертности в России. Однако большинство больных долгое время даже не подозревают о своем недуге, отчего врачи нередко именуют гипертоническую болезнь «тихим убийцей». Среди болезней системы кровообращения выделяется, прежде всего, ишемическая болезнь, которая является причиной смерти более половины умерших от болезней системы кровообращения (52,8% в 2013 году, или 29,5% от общего числа умерших).

Среди основных причин сложившейся ситуации с крайне высокой заболеваемостью и смертностью от болезней сердечно - сосудистой системы в нашей стране можно назвать:

- высокую распространенность факторов риска сердечно - сосудистой патологии и отсутствие мульти - дисциплинарного подхода к борьбе с факторами риска, включая научно-обоснованные социальные и медицинские мероприятия;
- отсутствие достоверной информации об эпидемиологии, структуре заболеваемости болезнями системы кровообращения и факторах риска последних.

Показатели заболеваемости оцениваются только по обращаемости населения за медицинской помощью и не отражают истинной заболеваемости, которая в значительной степени зависит как от самого больного и его отношения к своему

здоровью, так и от малодоступности первичной медицинской помощи в отдаленных районах и сельской местности, организации динамического наблюдения больных, степени развития специализированной кардиологической помощи. Не предусмотрена регистрация показателей по полу и возрасту. Эти данные не объясняют высокого уровня распространенности факторов риска и заболеваний, а также не дают возможности оценить прогноз и полноту необходимых профилактических мероприятий.

Гипотеза: предположительно, что после проведения профилактических мероприятий, направленных на снижение артериального давления у пациентов с гипертонической болезнью, риск развития осложнений значительно уменьшится.

Цель исследования: определить роль медицинской сестры в профилактике осложнений гипертонической болезни и способствовать улучшению качества жизни пациентов.

Задачи исследования:

1. Изучить причины, провоцирующие факторы, механизм развития, особенности течения и лечения гипертонической болезни.
2. Выявить основные проблемы, возникающие у пациентов с гипертонической болезнью
3. Создать и применить программу профилактики осложнений гипертонической болезни.
4. Провести профилактические мероприятия по разработанной программе в экспериментальной группе.
5. Выявить эффективность проведения профилактических мероприятий экспериментальной группы в сравнении с контрольной группой.
6. Сделать выводы об эффективности проведенной программы профилактических мероприятий.

Объект исследования: пациенты, страдающие гипертонической болезнью.

Предмет исследования: особенности течения гипертонической болезни и её осложнений.

Методы исследования: анкетирование, беседа.

Исследовательская часть

Исследование проводилось на базе терапевтического отделения ГУЗ «Карсунская РБ». В исследовании принимали участие 30 человек, из них 14 мужчины в возрасте от 46 до 73 лет и 16 женщин в возрасте от 49 до 86 лет с диагнозом «Гипертоническая болезнь». Для проведения исследования были использованы методы беседы, анкетирования и регистрации данных самоконтроля пациента.

Для проведения исследования и выполнения поставленных задач были проведены:

- констатирующий эксперимент: выбор пациентов, разделение их на контрольную и экспериментальную группы. Выявление проблем у обеих групп при помощи анкетирования, для дальнейшей постановки целей и последующего их решения.

- формирующий эксперимент: реализация поставленных целей, с помощью проведения бесед по выявленным проблемам. Также, для проведения профилактики осложнений использован метод самостоятельной регистрации данных самоконтроля пациента в соответствующем бланке, далее проведение контрольного анкетирования;

- контрольный эксперимент: анализ полученных результатов.

Выводы

Подводя итоги исследования, можно определить следующее:

1. Пациенты в обеих группах на этапе первичного анкетирования показали равные результаты по информированности о своем заболевании и его осложнениях, по самоконтролю за своим состоянием. Большинство пациентов не контролирует цифры своего АД, не регулярно принимают гипотензивные препараты, не соблюдают рекомендации по диете. Все десять пациентов испытывают схожие постоянные симптомы проявления гипертонической болезни (головокружение, головные боли, слабость).

2. Пациенты экспериментальной группы во время участия в эксперименте показали положительные результаты в динамике лечения гипертонической болезни: стали ежедневно контролировать цифры своего АД, регулярно принимали препараты назначенные врачом, соблюдали рекомендации в диете, вследствие чего, состояние их улучшилось, постоянные симптомы проявления гипертонической болезни устранились.

3. Показатели самочувствия пациентов контрольной группы при повторном анкетировании не изменились, т.к. с этими пациентами профилактические мероприятия не проводились.

Учитывая продуктивность выполненной работы, можно предположить, что достигнуты краткосрочные цели, а к моменту выписки будут достигнуты и долгосрочные цели. Таким образом, была подтверждена гипотеза о влиянии профилактических мероприятий направленных на снижение артериального давления у пациентов с гипертонической болезнью и уменьшение риска развития осложнений.

Заключение

Гипертоническая болезнь становится все более и более распространенным заболеванием, очень важно направить усилия на то, чтобы не допустить ее развития. Ее коварство в том, что часто она протекает незаметно для пациента. Обычно первые симптомы списываются на усталость и действительно могут пройти после кратковременного отдыха. Однако с течением времени, при прогрессировании болезни светлые промежутки становятся все короче, возрастает риск развития осложнений.

В настоящее время люди с диагнозом «Гипертоническая болезнь» не следуют рекомендациям врача, тем самым они усугубляют течение своего заболевания и болезнь переходит на следующую стадию развития, что увеличивает риск развития осложнений гипертонической болезни.

Проведя исследование пациентов с диагнозом «Гипертоническая болезнь», было доказано, что экспериментальная группа, которая контролировала своё состояние, и которая получила рекомендации по ведению образа жизни, соблюдению диеты, важности измерения артериального давления и регулярного приёма лекарственных средств, заметили улучшение своего состояния, в отличие от контрольной группы, с которой профилактические мероприятия не проводились. И это доказывает, что своевременное разъяснение пациенту о необходимости соблюдения профилактических мер для предотвращения дальнейшего развития заболевания и риска развития осложнений влияет на улучшение состояния пациента.

Таким образом, проведённое исследование показывает важность роли медицинской сестры в профилактике осложнений гипертонической болезни.

Список литературы

1. Андреева, Г. Ф. Сезонная динамика амбулаторных и клинических показателей артериального давления у больных со стабильной артериальной гипертензией // Профилактическая медицина. - 2014. - № 4.
2. Ардашев, А.В. и др.; Лечение нарушений сердечного ритма., под редакцией В.М.Клюжева.-М: «Медпрактика», Москва, 2010
3. Биверс Д. Г., Лип Г., О'Брайен Э. Артериальная гипертензия; Изд. «Бином» - Москва, 2011.
4. Бобрович, П. В. Лечимся дома. Гипертензия; Изд. «Попурри»- Москва, 2010.
5. Горкачев, В.В.Здоровое сердце.- Москва: Изд. «Истоки», 2011
6. Гороховский Б. И., Кадач Е. Г. Важнейшие органы-мишени гипертонической болезни. – М.: Миклош, 2010.

Санитарно-просветительская деятельность, как вид самостоятельной работы студентов, эффективно способствующий формированию общих и профессиональных компетенций выпускников медицинского колледжа

*Ларкина Лидия Николаевна, преподаватель
ГБ ПОУ РМ «Ардатовский медицинский колледж»
Ардатов, Республика Мордовия*

В современном образовательном процессе важной и одновременно сложной является организация самостоятельной работы студентов. Важность этой проблемы связана с новой ролью самостоятельной работы, которую она приобретает в связи с переходом на образовательные стандарты нового поколения. В результате этого перехода самостоятельная работа становится ведущей формой организации учебного процесса, и вместе с этим возникает проблема ее активизации.

В учебных планах, составленных на основе новых Федеральных государственных образовательных стандартов среднего профессионального образования, 50% времени выделено на самостоятельную работу студентов. Таким образом, учебно-воспитательный процесс коренным образом преобразуется: позиция «преподаватель – студент» должна поменяться на позицию «студент – преподаватель».

Самостоятельная работа студентов должна содействовать оптимальному усвоению учебного материала, способствовать развитию самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня, развитию познавательной активности, готовности и потребности в саморазвитии.

Таким видом самостоятельной работы студентов может быть подготовка и проведение просветительских бесед с пациентами, страдающими хроническими заболеваниями. Особую актуальность приобретают заболевания сердечно-сосудистой системы, так как на сегодняшний день половина всех смертей в нашей стране приходится именно на эту категорию болезней. Неслучайно 2015 год объявлен годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Эти заболевания тесно связаны с образом жизни и факторами риска (курение, неправильное питание, низкая физическая активность, артериальная гипертензия, стресс и др.). В этих условиях возрастает роль профилактики заболеваний, что может существенно продлить жизнь пациента и повысить ее качество. Но далеко не всегда удается предотвратить развитие сердечно-сосудистых заболеваний. Это связано с трудностью изменения привычного образа жизни, кроме того, существуют неуправляемые факторы риска, такие как наследственная

предрасположенность, возраст, мужской пол. В такой ситуации возрастает необходимость проведения мероприятий по вторичной профилактике. Для того чтобы предупредить прогрессирование заболеваний, развитие серьезных осложнений, и, что называется, «держать в узде» болезнь, необходимо повышать уровень грамотности пациентов и уровень самоконтроля. Такую обучающую функцию в больших городах выполняют школы здоровья для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В Ардатовском медицинском колледже существует практика проведения просветительских бесед с пациентами в рамках самостоятельной работы по МКД.02.01.Раздел. Сестринский уход при терапевтических заболеваниях (специальность «Сестринское дело»). Студенты проводят мини-школы здоровья для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, особое внимание уделяется гипертоникам. Для пациентов, страдающих гипертонической болезнью, студенты оформляют памятки, брошюры, листы контроля АД, обучают пациентов измерению АД; по согласованию с лечащим врачом обучают правилам питания, дают рекомендации по контролю за интенсивностью физической нагрузки, рекомендации по преодолению стрессовых ситуаций и др.

Данная самостоятельная работа студентов способствует формированию следующих профессиональных (ПК) и общих компетенций (ОК):

- ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.
- ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.
- ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.
- ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.
- ОК 4. Осуществлять поиск, анализ и оценку информации, необходимой для постановки и решения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.
- ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии для совершенства профессиональной деятельности.
- ОК 6. Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.
- ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.
- ОК 14. Сформировать мотивацию здорового образа жизни контингента.

В современных условиях возрастающих требований работодателя к

профессионализму и компетентности специалистов со средним медицинским образованием данный вид самостоятельной работы способствует качественной подготовке выпускников в интересах практического здравоохранения.

Список использованных источников:

1. Алексеева, Л.П. Обеспечение самостоятельной работы студентов / Алексеева Л.П., Норенкова Н.А // Специалист. - 2010 - №6.
2. Аргунова Т.Г. Организация самостоятельной работы студентов средних специальных учебных заведений / Аргунова Т.Г. - М.: НПЦ «Профессионал-Ф», 2009.
3. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ru/>
4. <http://ivo.garant.ru>

ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЛЕЧЕБНО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

*Мингазова Татьяна Владимировна, преподаватель
Шенталинский филиал ГБПОУ
«Тольяттинский медицинский колледж»
ст. Шентала, Самарская область, РФ*

В сегодняшние дни, такая разновидность заболеваний человека, как патогенез сердечно-сосудистого аппарата организма занимает лидирующие позиции среди причин, которые чаще всего вызывают летальный исход и различной тяжести инвалидность по всему миру. В подавляющем проценте природа заболеваний ССС, базируется на атеросклеротической основе, так как, развиваясь в течение практически всего жизненного цикла человека, атеросклероз, как заболевание, отягощается, меняет свои формы и в тот период, когда проявляется его явная патологическая симптоматика, может принести ощутимый вред гомеостазу и физиологической целостности организма.

Как и любому другому спектру заболеваний человека, у истоков патологий сердечно-сосудистой системы лежит широкий перечень факторов риска, причин, которые провоцируют, ускоряют и сопутствуют их усложнению и скорости развития. В перечень факторов риска, вызывающих структурные и функциональные дефекты ССС традиционно включают наследственность, образ жизни, неправильное и не сбалансированное питание, наличие иных хронических патогенных процессов и заболеваний.

Для профилактических мероприятий, нацеленных на уменьшение остроты и возникновение патологий ССС, особое значение имеет рацион питания и образ жизни. Так как общий уровень физического развития организма не только укрепляет мышечный остов тела, дыхательную систему, но и заметно влияет на морфонологическое и структурное здоровье ССС, занятия физкультурой и физические нагрузки, способны укрепить сердечную мышцу, мускулатуру сосудов, исключить застои крови в органах и т.д.

Что же касается правильности и сбалансированности питания, то перечень важных аспектов, влияющих на патогенность заболеваемости ССС, является очень длинным. Ключевой составляющей питания, пагубно влияющей на работу сердечно-сосудистой системы, бесспорно, был, есть и будет - холестерин.

Исходя из вышеупомянутых аспектов, множество медицинских работников, бросают все свои умственные, профессиональные навыки и физические усилия, без остатка, на оказание помощи и профилактики пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Но в такой без остаточной самоотдаче, медработники зачастую пренебрегают собственным здоровьем и не оказывают должного внимания симптоматике, хоть и не острой, которая проявляется у них самих.

Особую важность данное обстоятельство касается медицинского персонала учреждений санитарно-профилактической структуры. Объясняется это первоначально тем, что основную массу своего времени медработники проводят непосредственно на рабочем месте, но и так же могут проживать на территории лечебно-профилактического заведения.

В качестве профилактической методики, учитывая специфику работы в вышеупомянутых лечебных станциях, рациональнее всего будет практиковать именно тематические семинары и беседы.

Просветительские занятия надлежит проводить руководящему аппарату заведения. Подбор информации, назначение времени и частоты их реализации и контроль за следованием полученных рекомендаций, ложится на плечи того же руководящего сегмента ЛПУ. Примером такого занятия с персоналом санатория может стать беседа на тему: "Правильное питание, как профилактическая мера предупреждающая развитие атеросклероза".

Это непосредственно связано с тем обстоятельством, что подавляющее количество медицинского персонала не знают, что повышению холестерина способствует не столько чрезмерное употребление жиров и углеводов, сколько несбалансированность питания. Чтобы холестерин не превысил норму, необходимо правильно составлять свой рацион. В него обязательно должны входить продукты, содержащие **Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК)**. Они

содержатся в морской рыбе жирных сортов: скумбрии, сельди, лососе, тунце, форели, а также в семенах льна, грецких орехах, сое и фасоли. Также ежедневно в рационе должны присутствовать не менее 500 граммов фруктов и овощей в день. Необходимо ограничить сладкое (легко усвояемые углеводы), избегать чрезмерного употребления соли, стараться не употреблять алкоголь и табак, которые способствуют закупориванию артерий жировыми бляшками.

Для того что бы профилактическая беседа имела практический эффект, руководство обязано приложить руку не только к разговорам о рациональном и сбалансированном питании, но и так же поспособствовать созданию "правильного" меню в столовой учреждения. Это принесет двойную пользу, ведь в ней питается не только медицинский и обсуживающий персонал, но и непосредственно пациенты. Здоровый рацион не только сохранит и поддержит физиологическое состояние организма работников, но и положительно повлияет на процесс реабилитации пациентов.

Но само лишь питание не может стопроцентную профилактику заболеваний ССС. Ввиду этого, на протяжении бесед, оратору так же следует акцентировать важность физических нагрузок. Для структуры ЛПУ, чаще всего характерным является наличие тренажерного зала на территории оздоровительного учреждения. Таким образом, нет ничего проще, чем обеспечить сотрудникам реальную возможность посещать его в профилактических и оздоровительных целях.

Здоровый образ жизни и его важность для ССС не понаслышке знаком любому медицинскому специалисту, но, к сожалению, далеко не все следуют его постулатам. Руководство ЛПУ так же может значительно повлиять на частоту такой пагубной для ССС привычки, как курение. Достичь этого можно ограничением количества специализированных мест для курения или же комплексным запретом, действующим на территории санаторно-профилактической направленности. Тем самым, медперсонал сможет показать наглядный пример своим пациентам.

Подводя итоги всего сказанного, хотелось бы повторно акцентировать, что тяжесть и частота заболеваемости ССС растет с каждым днем и не терпит халатности по отношению к вопросам профилактики данных патологий, даже если Вы являетесь непосредственно сотрудником медицинской отрасли - не пренебрегайте своим собственным здоровьем и помните, что своевременная профилактика всегда будет лучше любого лечения!

Будьте Здоровы!

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Миронова Лилия Магафуровна, преподаватель

Исаева Надежда Викторовна, преподаватель

Шенталинский филиал ГБПОУ «Тольяттинский медколледж»

ст. Шентала, Самарской области, РФ

Согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 N 1662-р, одним из приоритетов государственной политики является сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и обеспечения качества и доступности медицинской помощи населению.

Непременным условием для преодоления неблагоприятной демографической ситуации, имеющей место в Самарской области, наряду с повышением уровня рождаемости является снижение высокой смертности населения, обусловленной, главным образом, смертностью от неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистая патология, онкологические заболевания, сахарный диабет, хронические бронхолегочные заболевания) и внешних причин.

Основными причинами смерти в Самарской области по-прежнему остаются болезни системы кровообращения (51,3%), новообразования (15,2%), травмы и отравления (11,7%). Суммарная доля смертности от неинфекционных заболеваний и внешних причин составляет более 80%.

По оценкам экспертов Всемирной организации здравоохранения (далее - ВОЗ), важнейшую роль в развитии неинфекционных заболеваний у населения Российской Федерации оказывают такие факторы риска, как артериальная гипертензия (величина вклада 35,5%), гиперхолестеринемия (23,0%), курение (17,1%), недостаточное потребление фруктов и овощей (12,9%), ожирение (12,5%), недостаточная физическая активность (9,0%), а также фактор злоупотребления алкоголем (11,9%).

Атеросклероз (от греч. *athere* — каша, *sklerosis* — уплотнение) — общее заболевание организма с хроническим, волнообразным течением, в основе которого лежат нарушения обменных процессов, в первую очередь липидного (холестерина и липопротеидов), с преимущественно дегенеративным хроническим поражением крупных и средних артерий эластического и мышечного типа. В них в виде очаговых разрастаний специфически пролиферирует интима (накапливаются липиды и гладкомышечные клетки) в сочетании с липидной инфильтрацией и

накоплением элементов крови в атеросклеротической бляшке.

Идет «огрубение» стенки артерии с потерей ее эластичности. Течение атеросклероза длительное и незаметное: постепенно суживается просвет сосуда (нередко образуются тромбы) и нарушается кровоток, что приводит к органным или общим расстройствам кровообращения. Атеросклероз ничем не проявляется до тех пор, пока существенно не нарушается кровообращение того органа, артерии которого поражены атеросклерозом (степень стенозирования пораженных артерий более 50%).

Атеросклероз и связанные с ним болезни являются актуальной национальной проблемой. За последние 50 лет в худшую сторону изменился не только темп развития атеросклероза (от липидных пятен до окклюзирующей бляшки), но и хронопатология органов-мишеней. Так, поражение жизненно важных органов стало нередким уже у молодых лиц, женщин и даже представителей активных профессий. Обычно заболеваемость атеросклерозом увеличивается с возрастом, чаще поражаются мужчины старше 40 лет.

Цель:

Изучить вопросы организации питания больных атеросклерозом.

Задачи:

1. Раскрыть теоретические вопросы роли медицинской сестры в организации питания при заболевании атеросклерозом.
2. Изучить статистические данные заболеваемости атеросклерозом среди населения Шенталинского района.
3. На основе теоретического анализа литературы и практической работы разработать практические рекомендации по питанию при заболевании атеросклерозом.

Для достижения цели и поставленных задач были использованы статистические и социологические методы исследования.

Изучив теоретический материал по проблеме исследования, пришли к выводу, что факторы риска атеросклероза делятся на две группы: немодифицируемые - возраст, пол, семейная предрасположенность; модифицируемые - артериальная гипертония, курение, недостаточная физическая активность, избыточная масса тела, питание с избыточным количеством животного жира и др. Более 50% взрослого населения Самарской области имеет избыточный вес. Распространенность ожирения среди взрослого населения Самарской области в 2011 году составила 1 080,5 случая на 100 тыс. взрослого населения. Жители области часто употребляет в пищу продукты, содержащие красители, ароматизаторы, консерванты, модифицированные компоненты, различные добавки, а также продукты быстрого приготовления

(особенно школьники и студенты). При этом недостаточное потребление фруктов и овощей (менее 400 грамм в день) отмечают более 70% жителей области.

Для изучения проблемы распространенности атеросклероза среди взрослого населения Шенталинского района были проанализированы данные Шенталинской ЦРБ за 2011-2014 года. Статистические данные подобраны среди больных атеросклерозом в возрасте -18 лет и старше.

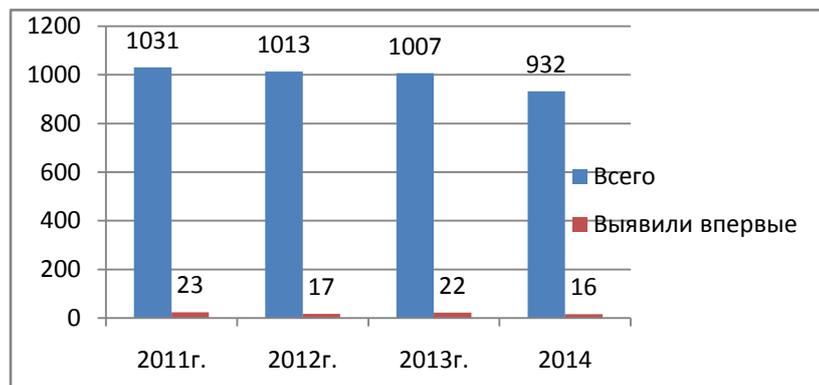


Диаграмма 1. Количество больных атеросклерозом по Шенталинскому району Самарской области

Вывод: Изучение статистических данных свидетельствует о том, что количество больных атеросклерозом остается на стабильно высоком уровне.

Представляется целесообразным отметить, что количество больных с впервые выявленным атеросклерозом, также остается на постоянном уровне. Проведенные исследования подтвердили, что атеросклероз действительно является национальной проблемой, приводящей к серьезным осложнениям. Атеросклероз - «фундамент» ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН), транзиторных ишемических атак (ТИА) и мозговых инсультов, аритмий и патологии периферических артерий.

Медицинская сестра по уходу за больными атеросклерозом обеспечивает:

- четкое и своевременное выполнение назначений врача,
- своевременный прием больными лекарственных препаратов и контроль побочных эффектов лекарственной терапии,
- контроль артериального давления, частоты дыхательных движений, пульса, массы тела и величины суточного диуреза.

Также она проводит беседы с больными и их родственниками о значении систематического приема гиполипидемических препаратов, о значении диеты с ограничением жиров.

Особое значение при уходе и лечении атеросклероза придается соблюдению режима питания. Принципы рационального питания при атеросклерозе предусматривают уменьшение общей калорийности пищи, а также уменьшение в рационе жиров и продуктов, богатых холестерином. Следует резко ограничить

прием животных жиров, а также сахара, так как избыточное потребление сахара стимулирует продукцию эндогенного холестерина. Вместо животных жиров в рацион необходимо включить растительные жиры. Необходимо исключить из меню мясные бульоны, жареные блюда, копчености и пряности, ограничить прием соли. Диета должна быть богата овощами, фруктами, кислыми нежирными молочными продуктами.

В представлении большинства жителей Самарской области здоровый образ жизни пока не ассоциируется с контролем основных факторов риска многих заболеваний, в том числе и атеросклероза. Наоборот, большинство населения расценивают факторы риска как допустимые атрибуты привычного стиля жизни. При этом подавляющее большинство считает, что ведение здорового образа жизни требует больших временных затрат (83%), что вести здоровый образ жизни - дорого (64%) и сложно (60%).

Таким образом, современный уровень распространенности вредных привычек наряду с низким уровнем стремления к сохранению собственного здоровья является серьезной угрозой для здоровья как нынешнего, так и будущего поколений. В этой связи одной из важнейших задач является повышение мотивации населения к здоровому образу жизни и ответственности за сохранение здоровья.

Медицинская сестра может помочь в реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни, включая популяризацию культуры здорового питания, спортивно-оздоровительных программ, профилактику алкоголизма и наркомании, противодействие потреблению табака.

Роль медицинской сестры в профилактике и лечении сердечно - сосудистых заболеваний (на примере кардиологического отделения Ардатовской ЦРБ)

Мигунова Елена Валерьевна, преподаватель

ГБ ПОУ Республики Мордовия "Ардатовский медицинский колледж"

г. Ардатов, Республика Мордовия

Ежегодно в мире, более чем у 32 млн. человек регистрируются такие заболевания как инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, сердечная недостаточность, инсульт, сосудистая смертность. Россия занимает одно из лидирующих мест в мире по смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Достаточно сказать, что в России самая высокая смертность от ИБС у мужчин в возрасте 55-64 лет – 350 на 100 тысяч. Несмотря на некоторое улучшение демографических показателей, летальность в России от этих заболеваний

продолжает расти. В 2013 году в общей структуре смертности она составила 56,9%. На 100 тыс. человек только от инфарктов умерло 330 мужчин и 154 женщины, смерть от инсультов эта печальная цифра составила 330 случаев среди мужского населения и 154 среди женского. В год от сердечно-сосудистых заболеваний в нашей стране умирает 1300000 человек. Это составляет количество населения крупного областного центра. В 2013 году из 1610 случаев летального исхода на 100 тыс. населения от сердечно-сосудистых заболеваний умерло 908 человек (58%), причем 169 из них (18,7%) – это люди трудоспособного возраста. Правильная организация кардиологической помощи с применением современных технологий, прежде всего интервенционных методов, а так же профилактика этих заболеваний, поможет добиться снижения смертности и увеличение продолжительности жизни. Особую тревогу вызывает омоложение контингента больных, страдающих тяжелыми заболеваниями сердечно - сосудистой системы. Учитывая значительные потери, наносимые обществу в результате преждевременной смертности, инвалидизации и трудопотерь от болезней кровообращения, формирование стратегии и тактики развития кардиологической службы является одной из важнейших задач современного здравоохранения. Учитывая медико-социальную значимость проблемы сердечно-сосудистых заболеваний, актуальность темы о роли медицинской сестры в профилактике сердечнососудистых заболеваний постоянно возрастает. Существует необходимость о привлечении медицинских сестер участвовать в создании школ здоровья для пациентов, организованных при лечебно-профилактических учреждениях. По предварительной оценке ВОЗ, 80% преждевременных смертей, вызываемых ежегодно сердечно-сосудистыми заболеваниями, можно избежать, если профилактическую работу с населением направить на ориентацию человека на здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, в первую очередь от курения, злоупотребление алкоголем, правильное здоровое питание. В этом существенную роль может сыграть создание школ здоровья. Это один из наиболее действенных и практичных методов профилактической работы с населением.

Целью работы является изучение роли медицинской сестры по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов кардиологического отделения ГБУЗ РМ «Ардатовской ЦРБ».

Данная цель обусловила необходимость решения следующих задач:

1. Проанализировать литературу по проблеме исследования.
2. Выявить отношение пациентов кардиологического отделения к своему заболеванию.
3. Определить уровень дефицита знаний по профилактике сердечно-сосудистых

заболеваний;

4. Выявить целесообразность создания «Школы Здоровья для пациентов с сердечно - сосудистыми заболеваниями» с учетом данных собранных при анкетировании.

Объект исследования: больной ИБС, ГБ, инфаркт миокарда, аритмии, сердечная недостаточность.

Предмет исследования: изучение возможностей в профилактике сердечно - сосудистых заболеваний в кардиологическом отделении ГБУЗ РМ «Ардатовская ЦРБ».

Гипотеза: рациональная организация работы медицинской сестры, основанная на утверждённом стандарте введение больных ССЗ.

Методы исследования: опросы, тестирование, анкеты, интервью, беседы, мониторинг, анализ, синтез, обобщение.

Для того чтобы решить данную проблему была составлена анкета, в которой были отражены основные вопросы, для того чтобы выяснить основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний.

В отделение было проведено анкетирование пациентов. Группа исследуемых составила 50 человек, из которых 20 человек (40%) составили мужчины, а 30 (60%) – женщины. Возраст опрашиваемых составил от 34 до 83 лет: до 44 лет - 2 человека (4%)

- 59 лет - 13 человек (26%)

- 74 года - 27 человек (54%)

- 89 лет - 8 человек (16%)

Далее был выяснен уровень образования респондентов:

Среднее - 8 человек (16%)

Среднее специальное - 24 человека (48%)

Высшее - 18 человек (36%)

Семейное положение пациентов распределилось следующим образом: все опрашиваемые мужчины (100%) - женаты, а вот женщины только 13 человек (43,3%) замужем, остальные 17 человек (56,7%) - одинокие (разведены, вдовы и т.д.)

На этом вводная ознакомительная часть анкеты закончена. В результате ее анализа был выяснен половозрастной состав респондентов, их образование и семейное положение, что немало важно сказывается на их психологическом восприятии своего заболевания, отношении к сложившейся ситуации и дальнейший прогноз течения заболевания и его профилактика.

Следующий блок вопросов в анкете был направлен на выяснение наличия у респондентов вредных привычек (факторов риска) и отношения к своему здоровью.

На вопрос о курении, большинство человек (40 из 50 опрошенных) 90%

ответили «нет», что является хорошим показателем в снижении риска развития ССЗ, но т.к. респонденты находятся в стационаре с уже каким-то диагнозом, то причиной возникновения их заболеваний могут быть другие факторы риска.

На вопрос об употреблении алкоголя большинство респондентов ответили, что употребляют алкоголь и составило это 70% (35 человек из числа опрошенных), но более подробный опрос: «как часто?» и «в каком количестве?», выяснил, что основная масса опрошенных употребляют алкоголь редко – 1 раз в месяц или по большим праздникам.

На основании этого можно сделать вывод, что и этот фактор риска для этой группы респондентов, не является причиной развития их заболевания, и не будет усугублять течение их заболеваний в дальнейшем.

Далее вопросы касались особенностей диеты при ССЗ. На вопрос «Знаете ли вы особенности диеты при заболевании ССС?» большая часть респондентов ответила «да».

А вот соблюдают принципы здорового питания гораздо меньшее число опрошиваемых. Следовательно, большая часть респондентов не придает этому факту должного внимания, и не понимает важности соблюдения диеты для своего здоровья.

Далее был задан вопрос о знании своего диагноза, на который большинство ответили, что знают свой диагноз.

Следующая группа вопросов направлена на выяснение посещаемости пациентов участкового врача, а также находятся ли они на диспансерном наблюдении.

На вопрос «Как часто посещаете лечащего врача?» были получены следующие результаты: 1 раз в год посещают врача 10% респондентов, 2 раза в год – 16%, а основная масса (74%) – посещают врача по ухудшению состояния.

Пациенты с сердечнососудистыми заболеваниями не наблюдаются регулярно у врача, и обращаются только, при ухудшении самочувствия. Пациентам, имеющим заболевания ССС, требуются регулярные наблюдения у врача-специалиста. А они халатно относятся к своему здоровью. Ведь, если наблюдение будет регулярным, то врач сможет предупредить очередной приступ, контролировать течение заболевания, предотвратить возможные осложнения и тем самым уменьшить риск частых и повторных госпитализаций.

На вопрос о диспансерном наблюдении у врача кардиолога в поликлинике, были получены следующие результаты: 23 человека (46%) – состоят, а 27 человек (54%) – не состоят.

Назначения врача регулярно выполняют 64% респондентов, таких чтобы

совсем не выполняли назначений нет среди опрошенных, а 36% - принимают лекарства по ухудшению состояния.

Измерять давление необходимо регулярно, особенно людям, страдающим сердечно - сосудистыми заболеваниями. Поэтому далее были заданы вопросы о наличии у них аппаратов для измерения АД, а так же регулярности выполнения этой процедуры. Среди опрошенных пациентов только у 6-ти человек не оказалась аппарата для измерения давления, т. е. основная масса (88%) имеет аппарат в личном домашнем пользовании. Цифры нормального АД знают так же подавляющее большинство-45 человек (90%). Итак, измеряют АД: 1 раз в день-7 человек, 2 раза в день-20 человек, по ухудшению самочувствия – 23 человек.

Далее вопросы с 18 по 24 касались преимущественно качества жизни пациентов и их эмоциональной сферы. Проанализировав ответы на данные вопросы, были построены диаграммы и сделаны соответствующие выводы.

На вопрос «Удовлетворены ли Вы своим здоровьем?», основная масса пациентов ответили «нет» - 36 человек из числа опрашиваемых.

Беспокоятся, в той или иной степени, по поводу физических болей в сердце и дискомфорта так же большинство респондентов и только 3 человека (6%) – не беспокоятся по этому поводу.

На вопрос «Насколько важно для Вас выполнение повседневной деятельности?» были получены следующие результаты: ответ «важно» дали 56% опрошенных и 28% «очень важно», т.е. этот момент также имеет большое значение в психологической адаптации пациентов к своему заболеванию.

В последнем блоке анкеты для пациентов вопросы были направлены на отношение пациентов к созданию школ здоровья и их желание посещать эту школу.

На вопрос «Хотели бы Вы, чтобы при больнице была организована школа здоровья для пациентов с заболеваниями ССЗ?» большинство пациентов ответили «да» - 90% (45 человек) и только 3 человека (6%) ответили «нет», а 2 человека (4%) – затруднились ответить.

На вопрос «Посещали бы Вы эту школу регулярно?» 21 человек (42%) ответили «да», столько же ответили, что не знают, посещали бы эту школу регулярно, и только 8 человек ответили «нет».

Школа здоровья при поликлиниках стала бы актуальной и перспективной, поскольку она поможет в профилактике сердечнососудистых заболеваний. Вопрос о школе здоровья остается особенно актуальным на сегодняшний день, так как статистика является не утешительной для российской действительности. Именно поэтому очень важно знать, как опрошенные пациенты относятся к созданию Школы здоровья, насколько она им необходима и будет востребована.

Теперь рассмотрим отношение к данной теме медсестер. Для этого было проведено анкетирование медсестер кардиологического и других отделений в количестве 50 человек. Возраст опрашиваемых составил от 18 до 49 лет. Стаж работы также различен, но в основном это люди с большим стажем работы. Из числа опрошенных, 23 человека со стажем от 9 до 15 лет (46%), 18 человек (36%) - со стажем работы от 16 до 30 лет.

На вопрос «Как Вы относитесь к профилактике ССЗ в целом?», ответы распределились следующим образом: «мне это интересно» ответило большинство респондентов (74%), затруднились ответить 20% опрашиваемых и только 6% - сказали, что им все равно.

На вопрос «Считаете ли Вы нужным создание школ здоровья для пациентов?» был получен почти единогласный ответ «да» - 88% (44 человека из числа опрашиваемых), 2 человека ответили «нет» и 4 – затруднились ответить.

На вопрос «Является ли школа здоровья полезной для пациентов?» только один человек ответил «нет», трое затруднилось ответить, а остальные ответили «да» (92%).

Принять участие в работе школ заинтересовало 50% опрошенных, затруднилось ответить 40% и 10% респондентам это не интересно.

На вопрос «Вы бы хотели, чтобы Ваши близкие посещали школу здоровья?» большинство респондентов ответили «да» - 88%, затруднились ответить 8% и 4% - ответили «нет».

По результатам, можно с уверенностью сказать, что пациент, находящийся под наблюдением медицинских работников, будет более серьезно относиться к своему здоровью и старается четко и своевременно выполнять рекомендации врачей и при создании школ здоровья, будет применять меры по профилактике сердечно – сосудистых заболеваний. Роль медсестры во время пребывания пациента в стационаре заключается в умении правильно построить отношения с определенным пациентом, в зависимости от его личностных качеств и состояния здоровья, правильно и своевременно оценить изменения состояния больного и совместно с врачом провести адекватное лечение и неотложные мероприятия по профилактики осложнений. Дать рекомендации пациентам и их родственникам о целесообразности четких выполнений назначений врача и профилактических мероприятий дальнейшего развития сердечно - сосудистых заболеваний и их осложнений.

Выводы

1. Комплексный подход к рассмотрению вопроса лечения, первичной, вторичной и неотложной профилактики осложнений у пациентов, находящихся на лечении в кардиологическом отделении стационара, диктует необходимость рассматривать

его в динамической системе с обратной связью.

2. Роль медсестры во время пребывания пациента в стационаре заключается в умении правильно построить отношения с определенным пациентом, в зависимости от его личностных качеств и состояния здоровья, правильно и своевременно оценить изменения состояния больного и совместно с врачом провести адекватное лечение и неотложные мероприятия по профилактики осложнений. Дать рекомендации пациентам и их родственникам о целесообразности четких выполнений назначений врача и профилактических мероприятий дальнейшего развития сердечно – сосудистых заболеваний и их осложнений.
3. Изучая показатели психологического состояния пациентов, их отношения к своему здоровью и созданию школ здоровья, а также отношение медперсонала к профилактике ССЗ, можно сделать вывод, что школы здоровья для пациентов являются полезным, эффективным мероприятием по оздоровлению населения, предупреждению дальнейших осложнений и как следствие, снижение смертности. Также профилактика (создание школ здоровья) экономически выгодна, т.к. затраты на ее организацию и зарплату медперсоналу гораздо меньше, чем долгосрочное лечение, пребывание пациентов в стационаре, оплата больничных листов и выполнение сложных и дорогостоящих исследований и операций. «Для медсестер, принимающих участие в профилактике сердечнососудистых заболеваний»
4. Необходима более углубленная подготовка медсестер, сочетающая знание клинических особенностей, психологического состояния пациентов, по адаптации пациентов с их заболеваниями и профилактических мероприятий при сердечнососудистых заболеваниях.
5. Создание школ для пациентов с сердечно - сосудистыми заболеваниями в кардиологическом отделении и при районных поликлиниках.
6. Задачи для пациентов, посещающих школу здоровья:
7. Обучение адекватному отношению к своему заболеванию.
8. Обучение навыкам помощи и самопомощи.
9. Ориентирование на здоровый образ жизни (представление человеку услуг по полноценному проведению своего отдыха в профилакториях, домах отдыха и санаториях; информирование населения, проведение мероприятий по пропаганде здорового образа жизни; оздоровительные мероприятия, проводимые при самих медицинских учреждениях).

Список литературы:

1. Внутренние Болезни: Учебник: в 2 т. / Под ред. А. И Мартынова, Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.С. Галявича (отв. Ред.). - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - Т. 1. - с.600.
2. Гасилин В. С., Куликова Н. М. Поликлинический этап реабилитации больных инфарктом миокарда.- М.: Медицина, 2012.- с.174.
3. Иньков А. Н. ИБС. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2012. – с. 96.
4. Лычев В.Г., Карманов В.К. Сестринское дело в терапии. С курсом первичной медицинской помощи: Учеб. пособие. - М.: ФОРУМ: ИНФРА-М. - 2012. - с.544.
5. Никитин А.В., Переверзев Б.М., Гусманов В.А. Основы диагностики заболеваний внутренних органов. Учеб. пособие. - Воронеж: Изд-во Воронежского гос. ун-та, 2010. - с. 306.
6. Оганов Р. Г. Профилактика ССЗ в работе врача общей практики. - статья www.zdorove.ru, - 2012.
7. Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я. Смертность от сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний среди трудоспособного населения в России// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2002. № 3. – С. 4–8.
8. Павлов О.Г., Крестинина В.И. Факторы риска гипертонической болезни. //Общественное здоровье, здравоохранение и история медицины 2005. -№1. - С. 17 - 20.
9. Рекомендации Европейского кардиологического общества, Европейского общества по изучению атеросклероза, Европейского общества по изучению гипертонии. Профилактика ИБС в Клинической практике. - интернет сайт www.nedug.ru, 2013.
10. Сестринское дело. Административно-управленческие дисциплины: Учеб. пособие/Под ред. Г. П. Котельникова. 2-е изд., перераб. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2010. - с.666.

ДОСТИЖЕНИЕ ВЫПУСКНИКАМИ МЕДИЦИНСКОГО СПО КОМПЕТЕНТНОСТИ В БОРЬБЕ С СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*Недугова Нина Петровна, преподаватель,
Александрова Елена Анатольевна, преподаватель,
ГБОУ СПО НО «Нижегородский медицинский базовый колледж»
Иевлева Виктория Александровна, зав. отделением функциональной диагностики,
Беляева Людмила Борисовна, зав. отделением медицинской реабилитации,
Леонтьева Елена Юрьевна, главная медицинская сестра,
ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 12»
г. Нижний Новгород*

Федеральные образовательные стандарты III и IV поколений кардинально изменили требования к выпускникам системы среднего профессионального образования (СПО), ориентируя коллективы учреждений медицинского СПО на подготовку специалистов, владеющих конкретными видами профессиональной деятельности. По окончании курса обучения специалист должен иметь практический опыт и способность применить полученные умения и знания в профессии. Ещё в стенах колледжа студент должен осмыслить и уметь противостоять тем вызовам, которые ждут его в последующие годы работы в медицинских организациях, исходя из Концепции развития здравоохранения до 2020 года. Одним из стратегических направлений деятельности системы здравоохранения является борьба с сердечнососудистыми заболеваниями, которые являются ведущей причиной смерти, инвалидности и требуют больших затрат на оказание первичной медицинской, неотложной медицинской, квалифицированной и высокотехнологичной помощи, проведение первичной и вторичной профилактики, реабилитации. На всех этапах этой борьбы большое значение имеет деятельность медицинских сестёр. Полезными в области кардиологии они становятся, в частности, благодаря овладению профессиональными и общими компетенциями при изучении таких профессиональных модулей, как ПМ 01 «Проведение профилактических мероприятий», включающий междисциплинарные курсы МДК 01.02 «Основы профилактики», МДК 01.03 «Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи населению» и ПМ 02 «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах». Последний охватывает и сестринский уход при сердечнососудистой патологии в составе МДК 02.01 «Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях терапевтического профиля», и кардиореабилитацию при изучении МДК 02.02 «Основы реабилитации». Целевой установкой является подготовка медицинских сестёр для

медицинских организаций различных типов и уровней, владеющих современными средствами и методами профилактики, лечения, реабилитации для сохранения здоровья населения всех возрастных групп. Безусловно, для плодотворной работы в кардиологических, кардиохирургических, кардиореабилитационных отделениях потребуется дополнительное обучение в системе постдипломного медицинского образования. Тем не менее, способность осуществлять свою деятельность на современном уровне, с использованием средств доказательной медицины, ориентироваться в условиях смены технологий, определять задачи профессионального и личностного развития, самообразования, организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество, осуществлять поиск и использовать информацию, работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями и ряд других должны быть заложены ещё в стенах колледжа.

Для приобретения выпускниками практического опыта, необходимого, чтобы осуществлять разноплановую деятельность медсестры по отношению к больным с сердечнососудистыми заболеваниями, важно правильно отобрать содержание обучения на теоретических и лабораторно-практических занятиях, учебной и производственной практике с учётом потребностей практического здравоохранения на основе достижений мировой и российской науки. Государственная практика и последующее выполнение и защита выпускной квалификационной (дипломной) работы также должны иметь пропорциональное отражение сердечно-сосудистой патологии. Это требует от преподавателя компетентности в вопросах диагностики, профилактики, лечения, реабилитации кардиологических пациентов и умения концентрированно с позиций доказательной медицины обеспечить студенту овладение знаниями и умениями в соответствии с функциональными обязанностями медсестёр стационаров (кардиологических отделений, медицинской реабилитации), участковых медсестёр и кабинетов семейного врача (общей практики), санаториев и пр. В этом вопросе большую роль играет самообразование преподавателя, деятельность цикловых методических комиссий медицинских колледжей, укрепление социального партнёрства образовательного учреждения с лечебно-профилактическими учреждениями и профильными кафедрами медицинской академии и факультета повышения квалификации врачей института постдипломного образования. Совершенствованию преподавателя в области кардиологии способствует систематическое общение со специалистами на клинических базах и участие в научно-практических конференциях и Школах по различным проблемам, организуемых Министерством здравоохранения

Нижегородской области, Нижегородской государственной медицинской академией, Нижегородскими региональными отделениями Российских научных обществ терапевтов и кардиологов, Медицинской ассоциацией Нижегородской области, Ассоциацией ангиологов, флебологов и сосудистых хирургов Нижегородской области, Приволжским федеральным медицинским исследовательским центром, Нижегородской областной общественной организацией специалистов восстановительной медицины и др. с привлечением специалистов ведущих научных и учебных медицинских организаций Москвы, Санкт-Петербурга, Казани, Самары и пр. Только в октябре-ноябре 2015 года прошли V Межрегиональная научно-практическая конференция с международным участием «Медицинская реабилитация в практической медицине», «Школа по физической кардиореабилитации», научная конференция «Три источника и три составные части лечения больных с высоким сердечнососудистым риском», V юбилейная научно-практическая конференция «Возможности диагностики и лечения заболеваний сосудов – современный взгляд и шаг в будущее», конференция «Экстренная кардиология 2015. Современные подходы к диагностике и лечению», в рамках которой прошли Школы «Антитромботическая терапия в клинической практике» и «От артериальной гипертензии до хронической сердечной недостаточности – как создать плотину на пути разрушающего потока?» и симпозиум «Современная терапия артериальной гипертонии: как объединить опыт и инновации в разных клинических ситуациях?»

Изложенные данные базируются на многолетних рандомизированных исследованиях и рекомендациях зарубежных и российских учёных и практических врачей. Нижегородские терапевты и кардиологи также принимают в них участие. А профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии имени В.Г.Вогралика НижГМА Николай Николаевич Боровков за выдающиеся достижения в области профилактики и лечения артериальной гипертензии удостоен премии имени Н.С.Короткова. Премией отмечен и зав. кафедрой внутренних болезней НижГМА профессор Игорь Владимирович Фомин. Торжественное вручение премий состоялось в рамках Российского национального конгресса кардиологов 22 – 25 сентября 2015 года в Москве. Полученные сведения позволяют преподавателю обучать студентов на высоком уровне, а в воспитательном плане – способствовать развитию чувства гордости за достижения медиков своего города, страны и пониманию социальной значимости своей будущей профессии, проявление к ней устойчивого интереса.

Важно, чтобы до студентов были в доступной форме доведены рекомендации для кардиологических больных и они могли в рамках своих полномочий осуществлять деятельность в условиях первичной медико-санитарной помощи и

стационара. Документами, на основании которых преподаватель информирует студента и насыщает конкретным содержанием практические занятия, являются «Кардиоваскулярная профилактика: Национальные рекомендации. ВНОК – 2011», «Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации. V пересмотр «Атеросклероз и дислипидемии, 2012», Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (четвёртый пересмотр), 2013, «Сердечнососудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегия кардио-нефропротекции. Клинические рекомендации, 2014, Рекомендации Европейского общества по изучению артериальной гипертензии (АГ), Европейского общества кардиологов, Российского медицинского общества по изучению АГ «Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации , 2008» и новые готовящиеся пересмотры.

Эти материалы помогают студенту в соответствии с современными представлениями о профилактике, лечении и реабилитации кардиологических пациентов осуществлять деятельность на практических занятиях, учебной практике. Они должны представлять, что и врачебные, и сестринские мероприятия направлены на увеличение продолжительности и качества жизни кардиологического больного, устранение факторов риска. Как сообщил профессор И.В.Фомин, наблюдениями российских и зарубежных исследователей установлено, что качественное осуществление медсестрой контроля за добросовестностью приёма лекарств больным (и обеспечение правильности их использования), уровнем артериального давления, выраженностью одышки, отёков, весом, проведение обучения на дому или в Школах для пациентов с артериальной гипертензией, сердечной недостаточностью приносит даже несколько больший положительный результат, чем разовый осмотр врачом, исследование показателей гемодинамики, их мониторингирование.

Деятельность врача и участие медсестры в профилактике, лечении и реабилитации кардиологических пациентов базируется на определении риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), который определяется по шкале SCORE, с помощью которой уточняется степень риска с учётом пола, возраста, курения, уровня артериального давления (АД), холестерина, глюкозы, индекса массы тела (ИМТ). Первые два являются не устранимыми, а на остальные мы можем влиять. Нужно помочь лицам с низким риском ССЗ продлить это состояние на долгие годы, а людям с высоким суммарным риском ССЗ уменьшить его. Нельзя отрываться общими фразами о снижении одних показателей и повышении физической активности (ФА), сбалансированности питания, приёме лекарств.

Нужно убедить больного применять лекарственные и физические методы, которые позволят при отказе от курения, соблюдении принципов здорового питания (подробно описать диету), увеличении ФА (с точными расчётами интенсивности физической нагрузки), достижении надлежащей массы тела, целевых уровней АД и липидов считать вторичную профилактику эффективной. Не столько сиюминутный эффект, сколько работа на перспективу является необходимой.

Величина ФА должно определяться на основе толерантности пациента к физической нагрузке (ФН). В условиях колледжа типы реакции и их адекватность выясняются на основе простых функциональных проб (с приседаниями, комбинированная проба Летунова, шестиминутный тест), а в условиях кабинета функциональной диагностики базового ЛПУ – с помощью велоэргометрической пробы. Затем определяется темп лечебной дозированной ходьбы и величина бытовых, профессиональных и спортивных нагрузок с помощью формулы и таблицы, разработанной Американской ассоциацией кардиологов или российских учёных. Индивидуально проводится дозировка ФН, учитывается плотность нагрузки, вычерчивается физиологическая кривая нагрузки. В отделении медицинской реабилитации и кабинете ЛФК физиотерапевтического отделения проводятся индивидуальные и групповые занятия с учётом режима двигательной активности. Студенты проводят беседы с пациентами, выпускают санбюллетени, оформляют индивидуальные рекомендации памятки. Их общение с пациентами происходит под контролем преподавателя, врачей – реабилитологов, кардиологов, медицинских сестёр реабилитационного отделения, специалистов в области ЛФК, физиотерапии, массажа.

Вышеуказанные мероприятия не исчерпывают полноты средств, используемых, для обучения студентов, но позволяют составить представление о ряде их особенностей в области борьбы с сердечно-сосудистым континуумом.

ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ КАТАСТРОФ: ЧТО МОЖНО ИСПРАВИТЬ?

*Пигалин Андрей Леонидович, руководитель Регионального сосудистого центра, заместитель
главного врача ГБУ РМЭ «Йошкар-Олинская городская больница»*

*Нагибин Андрей Юрьевич, главный врач ГБУ РМЭ «Йошкар-Олинская городская больница»
Йошкар-Ола, Республика Марий Эл*

Залогом профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) было и

остается воздействие на факторы риска. Впервые и серьезно о них заговорили после окончания Второй мировой войны, т.е. во второй половине XX века. ФР подразделяются на модифицируемые и немодифицируемые. Если к немодифицируемым факторам человеческие усилия малоприменимы, т.к. к ним относятся: возраст, пол, раса, генетические особенности, то к модифицируемым, а следовательно, к изменяемым, внимание медицины было всегда. В Советском Союзе, правопреемницей которого стала Россия, этому разделу медицины всегда уделялось пристальное внимание. Ряд научно-исследовательских институтов занимался разработкой программ профилактики инфаркта миокарда, артериальной гипертензии. На основе этих разработок были реализованы общественные движения, одним из которых было «Бегом от инфаркта». В крупных и маленьких городах, сформировались различные общества любителей бега и закаливания. Одним из ярких пропагандистов и поклонников движения «Бегом от инфаркта» был кардиохирург, академик Н.М. Амосов, который прожил до 89 лет. Другой его коллега Ф.Г. Углов, доживший почти до 104 лет, ежедневно обливался холодной водой. И еще один кардиохирург, академик Б.А. Королев, доживший до 100 лет, в течение многих лет занимался бегом.

Для профилактики ССЗ в настоящее время разработаны 3 стратегии: популяционная, стратегия высокого риска и стратегия вторичной профилактики. Популяционная стратегия призвана воздействовать на факторы образа жизни и окружающей среды. Это то, что мы называем экологией. Сюда мы относим уровень радиации, загрязненность воздуха, чистота почвы, словом, все то, что увеличивают риск развития ССЗ среди всего населения. Стратегия высокого риска способствует выявлению и снижению влияния факторов риска у людей с высоким риском развития ССЗ. Эта стратегия являет собой широкое поле деятельности для амбулаторно-поликлинической медицины, медицины первичного уровня. В нее включены диспансеризация, всевозможные скрининги, периодические осмотры. Однако надо заметить, эта стратегия является и самой действенной. Выявив у курящего человека 40-45 лет, имеющего лишний вес, повышенное артериальное давление и погранично высокий уровень холестерина, специалисты первичного звена обязаны видеть в этом индивидууме уже пациента с риском развития инфаркта миокарда или мозгового инсульта. Такой пациент должен стать объектом пристального внимания и работы по коррекции имеющихся факторов риска, которые можно и нужно модифицировать: отказ от курения, лечение повышенного артериального давления и нормализации веса. Далее следует стратегия вторичной профилактики, которая направлена на предупреждение прогрессирования имеющейся болезни и должна быть такой же активной, как и первичная. Отличие

первичной и вторичной профилактики практически нивелировано. Суть первичной профилактики заключается в воздействии на ФР, которое равнозначно проводится как у здоровых людей, так и у пациентов с ССЗ.

Профилактика ССЗ должна проводиться для всех возрастных групп, начиная с детства. В детстве закладываются привычки, становящиеся полезными и призывающие к сбережению здоровья. Ранее считалось, что особое внимание необходимо уделять пациентам старших возрастных групп, поскольку у них, как правило, есть целый ряд заболеваний, которые могут повысить риск смерти и снизить качество жизни. Главная цель профилактики у этой группы пациентов – поддержание оптимального здоровья на фоне хронических заболеваний. Однако, на наш взгляд, на современном этапе особенно пристальное внимание необходимо уделять пациентам в возрасте 35-40 лет. В отделения, оказывающие экстренную помощь пациентам с инфарктом и инсультом, все чаще доставляются люди в возрасте 40-45 лет. Это те люди, развитие сосудистой катастрофы у которых, пропущено специалистами первичного звена. Это те, кому вовремя не было сказано об отказе от курения, не проводилась должная коррекция артериального давления или снижения повышенного содержания холестерина. Словом, это та категория людей среднего возраста, приносящая максимальный экономический доход стране, которая стала называться пациентами. Это – та часть населения, которой не проводилась должная профилактика ССЗ. Какой «багаж» заболеваний через 10 лет приобретет такой вчерашний 40-летний гражданин? Ответ – очевиден. Вот откуда происходят истоки высокого выхода на инвалидность наших граждан от ССЗ. Широко известно, что 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.

В одной из работ западных ученых было показано, что на каждый доллар, вложенный в формирование здорового образа жизни, в течение 5 лет сохраняет 5,6 доллара. Таким образом, рекомендации по формированию здорового образа жизни не должны лишь ограничиваться медикаментозной коррекцией, необходима постоянная разъяснительная работа, как с пациентами, так и с еще здоровым населением. Если все оставить на том уровне, как есть, изменения в здоровье населения будут не очень существенными. Мы сколько угодно много можем вкладывать наши ресурсы в продвижение высоких технологий, однако самым дешевым и результативным, кои самым труднореализуемым способом предотвращения смертности от ССЗ, была и остается профилактика. Со слов Roberto Ferrari, президента Европейского Общества кардиологов в 2007-2009гг., установлено, что «... вклад профилактики и коррекции факторов риска в снижение

смертности от ССЗ составляет от 45 до 75%, а различных методов лечения – от 55 до 25». Сегодня рекомендации по изменению образа жизни являются одними из основных в лечении и ведении пациента с высоким риском или наличием ССЗ. Внедрение и использование только 3 главных рекомендаций (увеличение физической активности, рациональное питание, отказ от курения) позволит повысить выживаемость и качество жизни пациентов, а также уменьшить затраты на лечение ССЗ.

АНАЛИЗ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Разбежкина Н. Ю., преподаватель

Зиннатуллина Г. М., преподаватель

ГАОУ СПО «Казанский медицинский колледж»

*«И самое лучшее лекарство не поможет больному,
если он отказывается его принять»*

М.Сервантес

Наш интерес к артериальной гипертензии (АГ) объясняется высокой ее распространенностью (25-30% взрослого населения РФ страдает АГ). Распространенность АГ увеличивается с возрастом, она отмечается у 50% лиц пожилого и старческого возраста.

Известно, что АГ является основной причиной смертности и инвалидизации больных, в результате развития осложнений, таких как, мозговой инсульт, инфаркт миокарда, сердечная и почечная недостаточность.

Основной причиной развития этих серьезных осложнений является низкая приверженность к терапии. Именно поэтому наше исследование посвящено анализу факторов, влияющих на приверженность к гипотензивной терапии у больных пожилого и старческого возраста. Работа проводилась группой студентов Казанского медицинского колледжа отделения «сестринское дело» в период прохождения учебной и производственной практик по терапии.

Цель исследования - изучить факторы, влияющие на приверженность к гипотензивной терапии у пациентов пожилого и старческого возраста.

Задачи исследования:

✓ изучить уровень приверженности к гипотензивной терапии у пациентов пожилого и старческого возраста;

- ✓ определить факторы, влияющие на приверженность к гипотензивной терапии у пациентов пожилого и старческого возраста;
- ✓ провести анализ информированности об осложнениях АГ и способности к самоконтролю АД у пациентов пожилого и старческого возраста;
- ✓ на основании полученных данных разработать рекомендации по повышению приверженности к гипотензивной терапии у пациентов пожилого и старческого возраста.

Практическая значимость:

результаты исследования могут быть использованы медицинскими сестрами в системе ПМСП при работе с пациентами, страдающими артериальной гипертензией, с целью повышения их приверженности к гипотензивной терапии.

Объект исследования:

пациенты с АГ старше 60 лет, находившиеся на стационарном лечении в кардиологических и терапевтических отделениях больниц г.Казани, а также пациенты, находящиеся на амбулаторном лечении в поликлиниках города.

В исследование были включены 36 больных старше 60 лет, которые имели АГ и дали информированное согласие на участие в исследовании.

Методы исследования

1. Методы исследования приверженности к гипотензивной терапии:

1.1 Анкетирование с помощью валидированного **опросника Мориски-Грина**, где комплаентными (т.е. приверженными терапии) считаются больные, набравшие 4 балла, некомплаентными (т.е. неприверженными терапии) - набравшие 3 и менее баллов.

1.2 **Опросник**, составленный самостоятельно, состоит из 30 вопросов, разделенных на 3 блока:

- общие данные о больном;
- приверженность гипотензивной терапии;
- информированность об осложнениях АГ и способность к самоконтролю АД.

1.3 **Анализ данных историй болезни и амбулаторных карт** обследуемых больных – изучали: диагноз, стаж болезни, данные анамнеза, сопутствующие заболевания, назначенная гипотензивная терапия.

2. Общеклинические исследования

2.1 оценка жалоб, данных анамнеза, анализ амбулаторных карт и историй болезни обследуемых больных;

2.2 антропометрические измерения (измерение роста, веса, ИМТ).

3. Инструментальные исследования

3.1 Измерение АД (по методу Короткова).

Характеристика участников исследования

В исследование были включены 36 больных АГ I – III степени. Среди включенных в обследование пожилых пациентов (60-74 года – по классификации ВОЗ, 1963) было 61,1% (22 человека), пациентов старческого возраста (75 лет и старше) – 38,9% (14 человек). Женщин среди обследуемых было 21, что составляет 58,3%, мужчин – 15 (41,7%). Средний возраст женщин составил 68 лет, мужчин – 63 года.

Длительность заболевания у пациентов колебалась от 1 года до 19 лет. Большая часть пациентов имели стаж болезни от 3 до 10 лет - 11 человек (58,3%). Средний стаж болезни составил 8,7 лет.

Подавляющее число обследованных имели АГ II степени (АД 160-179/100-109 мм рт.ст.) – 19 (52,8%). Средний показатель АД у пациентов составил 165/95 мм. рт.ст.

Из сопутствующих заболеваний в исследуемой группе выявлены: ИБС, в виде стенокардии – у 22 (61,1%), сахарный диабет 2 типа – у 6 (16,6%), патология органов чувств – у 24 (66,6%), заболевания опорно-двигательной системы – у 17 (47,2%), хронический гастрит – у 7 (19,4%). Результаты подтверждают данные литературы о том, что для лиц пожилого и старческого возраста характерна полиморбидность.

У обследуемых выявлялись традиционные факторы риска: отягощенная наследственность по АГ – у 16 (44,4%), ожирение – у 28 (77,7%), курение – у 6 (16,6%), малоподвижный образ жизни – у 22 (61,1%), избыточное потребление поваренной соли – у 9 (25%).

Все больные, предъявляли жалобы на ухудшение самочувствия, связываемое ими с проявлениями АГ. Наиболее часто предъявлялись жалобы на головную боль различной локализации, продолжительности и интенсивности (93,3%), слабость и высокую утомляемость (83,3%), головокружение (71,3%), нарушение сна (68,7%), чувство шума/звона в ушах (64,6%), мелькание «мушек» перед глазами (37,3%), эпизоды тошноты и/или рвоты (18,7%), боль в области сердца (12%) возникающие в период повышения АД.

Выводы

1. У пациентов артериальной гипертензией пожилого и старческого возраста отмечается низкая приверженность гипотензивной терапии – в 63,8% случаев.
2. Факторы низкой приверженности терапии АГ у пациентов пожилого и старческого возраста:

- *неуправляемые*: мужской пол, стаж заболевания от 3 до 10 лет;

- *управляемые*: I-II степень артериальной гипертензии, недостаток денежных средств, неудобства в подготовке к приему ЛС, забывчивость пациента, отсутствие льготного отпуска гипотензивных препаратов, более низкий уровень образования, низкая информированность об осложнениях.

3. У лиц пожилого и старческого возраста, страдающих АГ отмечается низкий уровень самоконтроля АД – в 55,6% случаев и низкий уровень информированности об осложнениях АГ – 41,6% случаев.

Рекомендации

1. Для определения приверженности к гипотензивной терапии у пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих артериальной гипертензией, рекомендуется использовать опросник Мориски – Грина, как простой и объективный способ изучить комплаенс. Средним медицинским работникам важно овладеть методикой контроля приверженности пациентов к терапии и использовать в своей профессиональной деятельности при осуществлении ухода за пациентами пожилого и старческого возраста.
2. При планировании и проведении «Школ здоровья» для данной группы пациентов рекомендуется учитывать наличие разного уровня комплаентности и управляемых факторов приверженности к гипотензивной терапии.
3. Разработать структурированную образовательную программу для пациентов пожилого и старческого возраста с предоставлением письменных рекомендаций и наглядных материалов по АГ.
4. Активно привлекать к обучению пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих АГ, студентов медицинских училищ и колледжей, с целью повышения информированности пациентов об АГ и с целью повышения качества практической подготовки будущих медицинской работников.
5. Для повышения удобства приема препаратов рекомендуется при работе с пожилыми пациентами использовать индивидуальные таблетницы с указанием времени и дозы приема препаратов, составление письменных рекомендаций по приему ЛС, написанных крупным шрифтом.

Заключение

Пожилые больные, страдающие АГ, представляют наиболее гетерогенную группу больных, с достаточно низкой комплаентностью, низкими показателями качества жизни и самоконтроля АД. В связи с этим, сегодня столь актуальным становится такой вид профессиональной деятельности медицинской сестры как обучение пациентов с АГ. Профессиональная компетентность медицинской сестры в области сестринской гериатрии и медицинской педагогики – основа эффективности обучения пациентов и повышения их приверженности к гипотензивной терапии.

РОЛЬ ГИПОХОЛЕСТЕРИНОВОЙ ДИЕТЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Роженцова Ольга Ивановна, преподаватель
ГБУ РМЭ СПО «Йошкар-Олинский медколледж»
Йошкар-Ола, Республика Марий Эл*

Гипохолестериновая диета помогает многим людям продлить жизнь, улучшить самочувствие и избавиться от лишних килограммов и играет большую роль в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Как известно, холестерин является жизненно необходимым веществом для человеческого организма – он участвует в образовании витамина D, половых гормонов и играет немаловажную роль в работе иммунной системы.

Если же человек увлекается чрезмерным употреблением очень калорийных и жирных продуктов, то этот стиль жизни может вызвать повышенное содержание «плохого» холестерина низкой плотности. Жиры начинают оседать на стенках сосудов, образуются бляшки, мешающие крови нормально циркулировать. Первоначальных симптомов роста холестерина нет никаких, но привести это может к печальным последствиям.

Способ питания, основанный на снижении уровня вредоносного вещества, помогает предупредить сердечно — сосудистые заболевания.

Сложность профилактики заключается в том, что предупреждения заболеваний неосознанная потребность пациента. Даже если врач твердо уверен в необходимости оздоровительных мероприятий, то пациента необходимо мотивировать на такой шаг. Человек должен осознать и ощутить потребность сделать этот шаг. С точки зрения психологии поведения, потребности – это ощущение физиологического или психологического недостатка чего-либо. Изменение поведения любого человека, а в нашем случае, изменение принципов питания - сложный и не всегда последовательный процесс. Особые трудности возникают при необходимости «искусственно» изменить жизненные привычки и поведение, которое почти никогда пациент не ощущает как дискомфорт или неудобство. В суете будних дней и коротких выходных мало кто серьезно задумывается о своем здоровье. Мысли о том, что с организмом происходит что-то неправильное, приходят нам чаще всего при возникновении каких-нибудь проблем.

Связь между питанием и здоровьем человека доказана уже давно. Иногда диетотерапия и правильная организация питания может не только облегчить состояние человека при заболеваниях, но и предупредить его. Особая диета при сердечно-сосудистых заболеваниях призвана очистить сосуды, усилить

кровообращение к периферии, устранить из рациона те вещества, которые пагубно влияют на функционирование сердца и всего организма.

Гипохолестериновая диета – это лечебный рацион, который назначается при склеротических поражениях сердечно-сосудистой системы: атеросклерозе, ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, а также при избыточной массе тела. Задача диеты – снизить уровень холестерина, поступающий с питательными веществами, а заодно и нагрузку на сердечно-сосудистую, нервную системы, печень и почки. Основное ограничение гипохолестериновая диета накладывает на животный жир и легкоусвояемые углеводы.

Если переложить рацион, который предлагает гипохолестериновая диета, на химический состав, то на долю белков ежедневно приходится 80 г, жиров – 70-80 г, медленных углеводов – 350-400 г (допустимо употребление 50 г сахара). Энергетическая ценность такого рациона составляет около 2500 ккал.

Типы антиатерогенных диет в соответствии с международными рекомендациями составлены на основе принципов сбалансированности рациона с учетом имеющихся нарушений обмена липидов. Пища должна быть разнообразной, а количество потребляемых с пищей калорий должно быть таким, чтобы поддерживать идеальный для конкретного больного вес тела; рекомендуется употреблять больше свежих овощей и фруктов, хлеб грубого помола, злаки, молочные продукты с низким содержанием жира, нежирные сорта мяса, рыбу. Предпочтение следует отдавать рыбе северных морей, содержащей большое количество ω -3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК), который играет важную роль в профилактике атеросклероза и инфаркта миокарда; количество потребляемого жира (включая растительные жиры) не должно превышать 30% от общей калорийности, причем на долю насыщенных жирных кислот должно приходиться не более 10% от этого количества.

В последнее время разработаны и используются пищевые продукты, обогащенные эфиром растительных станолов (ЭРС), обладающие действием по снижению уровня общего холестерина и холестерина атерогенных липопротеидов низкой плотности путем ингибирования абсорбции холестерина энтероцитами из просвета кишечника. ЭРС нарушают всасывания как пищевого, так и билиарного холестерина.

Станолы хорошо растворяются в высокожировых (спреды) и низкожировых продуктах (молоко, кефир, йогурт и др.).

При использовании продуктов, обогащенных ЭРС, у лиц с гиперхолестеринемией на фоне лечения ингибиторами синтеза холестерина статинами, степень снижения уровня холестерина липопротеиды низкой плотности

(ЛПНП) составляет примерно 10%. Эти “функциональные” продукты, содержащие эстерифицированные ненасыщенные жирные кислоты, могут быть использованы как в комплексе немедикаментозного лечения дислипидемии, так и для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний среди широких слоев населения.

Соблюдение гипохолестериновой диеты в совокупности с другими компонентами здорового образа жизни является важнейшей составляющей профилактики заболеваний сердечно – сосудистой системы.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ГЕРИАТРИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ С БОЛЕЗНЯМИ КРОВООБРАЩЕНИЯ

*Салеев В.Б., к.м.н., доцент, член профильной комиссии МЗ РФ по скорой помощи,
гл. спец. МЗ РМЭ по скорой помощи*

Актуальность. С увеличением возраста меняется не только фармакокинетика, но и фармакодинамика многих медикаментов. По многим причинам пожилые (гериатрические) больные в 2-3 раза чаще молодых страдают от побочного действия лекарственных средств.

Поэтому на фоне роста, как абсолютной численности, так и доли пожилых людей в структуре всего населения, грамотное проведение медикаментозной терапии пожилым больным имеет большое значение.

Ежемесячно в мире 1 млн. человек достигает данного возраста. Общее число людей старше 60 лет возросло с 200 млн. в 1950 г. до 350 млн. в 1975 г. и в 2000 г. достигло 590 млн. человек. Ситуация еще более изменилась в XXI столетии: к 2010 г. количество пожилых людей планеты достигло 1 млрд. 100 млн. человек [3,4].

Материал и методы исследования (обзор литературы) Во многих исследованиях сообщается, что в мире происходит значительное потребление медикаментозных средств пожилыми больными с болезнями сердца, на их долю приходится до 30% от общего потребления. Из-за инволютивных изменений, происходящих в организме пожилого человека, фармакокинетика многих препаратов отличается от таковой у людей более молодого возраста. В пожилом возрасте происходит снижение экскреции медикаментов, (почечный клиренс снижен на 35-50%), хотя и при хорошей сохранности функции почек до преклонного возраста. Известно также, что из-за снижения мышечной массы тела уменьшается и интенсивность образования креатинина, по этой причине происходит снижение последнего клиренса, его сывороточная концентрация может находиться в

пределах нормы.

На основании результатов исследований, проведенных многочисленными авторами, в том числе В.В. Фролькисоми, Х.К. Мурадяном (1988), медикаментозную терапию необходимо проводить с учетом установленных усредненных физиологических особенностей пожилого организма особенно с заболеваниями системы кровообращения.

Перечень возрастных физиологических сдвигов в жизненно важных системах организма свидетельствует о большой сложности задач, которые могут возникнуть при проведении неотложных мероприятий без учета возрастных изменений. Все вышеизложенное предполагает изменение фармакокинетики и фармакодинамики в стареющем организме [1,2].

Чекман И.С. с соавт. (1987) отмечали, что медикаментозная терапия представляет собой один из распространенных методов воздействия на организм пожилого пациента. Поэтому у пожилых и старых людей с болезнями органов кровообращения вероятность лекарственных осложнений (лекарственной болезни) высока. Это связано с тем, что при комбинированной лекарственной терапии граница между активной и опасной зоной действия лекарственных препаратов с возрастом значительно сужается.

Многие лекарственные средства, оказывая помощь при одних неотложных состояниях, могут вызвать неблагоприятные результаты при других. В итоге побочные эффекты, которые они вызвали, могут оказаться более опасными, чем само неотложное состояние. В результате осложнений от приема лекарственных средств доля госпитализированных больных в стационары составляет до 5% от числа всех госпитализаций.

Основная доля случаев медикаментозных осложнений приходится на наиболее часто применяемые препараты. Так, около 90% случаев осложнений обусловлено использованием аспирина и других нестероидных противовоспалительных средств, антимикробных, противоопухолевых, сахаропонижающих средств, дигоксина, антикоагулянтов, гормонов, диуретиков.

По результатам исследований американской ассоциации врачей, экономический ущерб от осложнений медикаментозной терапии, полученной населением США, гораздо больший, чем от всех инфекционных заболеваний, и составляет 30-130 млрд. долларов у амбулаторных больных [8].

По данным ВОЗ, распространенность лекарственной болезни уступает только сердечно-сосудистым, онкологическим заболеваниям и травмам. Имеются многочисленные доказательства наличия индивидуальной чувствительности к лекарственным препаратам, которая определяется индивидуальной клеточной

рецепцией.

Одним их самых сложных и драматических моментов является проблема усвоения организмом одновременно применяемых нескольких медикаментов у пациентов пожилого и особенно старческого возраста с заболеваниями системы кровообращения [9].

Если применять несколько медикаментов одновременно, то одно из них быстрее свяжется с альбуминами плазмы, а другие, оказавшись в свободном состоянии, могут вызвать тяжелую интоксикацию. Медикаменты даже одной группы могут в неодинаковой степени связываться с белками плазмы крови: дигитоксин – на 98%, дигоксин – на 40%, а строфантин – всего на 2%. По этой же причине при одновременном назначении препаратов кальция возникает конкурентная борьба за место из связывания с альбуминами с сердечными гликозидами. Так, у дигитоксина отмечен самый высокий процент связи с белками, следовательно, кальций вытесняется из механизма связывания, переноса и его усвоения костной тканью. Поэтому назначение одновременно препаратов кальция и сердечных гликозидов может привести к неэффективности лечения остеопороза. В условиях ДГЭ внутривенное их применение приведет к острой гликозидной интоксикации и летальному исходу.

При одновременном назначении антикоагулянтов (например, гепарина при остром инфаркте) и урегита может возникнуть геморрагический синдром, так как антикоагулянты по той же причине остаются в свободном состоянии.

В связи с ростом заболеваемости населения, особенно в пожилом возрасте сахарным диабетом необходимо знать, что нельзя одновременно назначать оральные гипогликемические препараты и салицилаты, сульфаниламиды, или бутадиион. Последние вытесняют из связи с альбуминами антидиабетические препараты, что может привести к тяжелому гипогликемическому состоянию.

При одновременном приеме верапамила и дигитоксина увеличивается концентрация последнего в крови, так как верапамил быстрее вступает в связь с белками плазмы, и поэтому для того, чтобы избежать отравления гликозидом, дозу дигитоксина необходимо уменьшать в два раза.

Неприемлемым считается одновременное назначение бета-адреноблокаторов с антибиотиками и транквилизаторами.

Нельзя одновременно назначать гликозидосодержащие препараты и аминазин, потому что при этом сочетании повышается вероятность возникновения тромбоза, так как эти препараты не только совместно, но и каждый в отдельности, повышают активность системы прокоагулянтов, в частности, повышают уровень фибриногена в крови.

Не рекомендуется вводить одновременно в одном шприце такие препараты, как дибазол и эуфиллин, сульфат магния и дибазол [5].

Практический опыт современной клинической фармакологии уже позволяет сформулировать ряд *стандартных правил*, которыми следует пользоваться при осуществлении медикаментозной терапии неотложных состояний у больных старших возрастных групп с заболеванием сердца:

1. При назначении какого-либо препарата, особенно внутривенно/внутримышечно, необходимо подробно выяснить медикаментозный анамнез, нарушение данного требования может привести к серьезным последствиям. Следует помнить, что у пожилых больных опасность неблагоприятного (в т.ч. токсического) действия медикаментов выше, чем у людей молодого возраста.

2. Дозу лекарственного препарата пожилым рекомендуется на 50%- 60% уменьшать по сравнению с дозой, которая предлагается пациентам молодого возраста. По данным зарубежных медицинских исследований известно, что только 41% пожилых больных получают адекватно пониженную дозу медикаментов.

3. В начале курса лечения гликозидами необходимо назначать минимальные дозы (как минимум в два раза меньше от рекомендуемой для молодых), затем дозу следует постепенно повышать для установления толерантности к препарату.

4. Необходимо знать, что в пожилом возрасте масса тела не может быть критерием для выбора дозы, так как данный показатель не отражает степень иволютивных процессов, происходящих в паренхиматозных органах.

5. Следует ограничиваться как можно меньшим количеством лекарств, действие которых направлено на основное заболевание, а способ и схема их применения должны быть простыми.

6. В условиях скорой медицинской помощи особенно важно не превышать допустимую скорость внутривенного введения препаратов (строго следовать инструкциям);

7. Необходимо точно соблюдать временные интервалы и последовательность приема нескольких лекарств, поэтому, учитывая состояние когнитивных функций и социальные условия пожилого пациента, рекомендуется организовать возможность постороннего наблюдения и ухода.

8. Пожилому больному необходимо в письменной форме рекомендовать особенности приема лекарственного средства, обратив внимание на частоту, дозу, время приема (до и или после приема пищи).

9. При проведении медикаментозной терапии необходимо рекомендовать диетическое питание, т.к. долго усвояемая и обильная пища снижает биодоступность перорально применяемого препарата и может инициировать его

побочные эффекты.

10. Во избежание лекарственной интоксикации пациенты пожилого и старческого возраста должны употреблять в большом объеме жидкость, следить за солевым рационом и количеством выделенной мочи.

11. Анальгетические препараты нельзя одновременно применять с другими лекарствами и длительность курса обезболивающей терапии не должна превышать 10-и суток подряд.

12. Медицинский персонал при оказании неотложной медицинской помощи должен постоянно выполнять существующие рекомендации, приказы, инструкции по особенностям работы с пожилыми пациентами, страдающими болезнями сердца [1,2,6,7].

Выводы

1. Медработнику, вызванному к пожилому пациенту с болезнями сердца, необходимо точно представлять степень выраженности возрастных физиологических отклонений, чтобы прогнозировать возможные негативные последствия инвазивных вмешательств и поэтому необходимо подобрать наиболее щадящие пути медикаментозных и не медикаментозных воздействий.

2. Медикаментозную терапию необходимо проводить с учетом установленных усредненных физиологических особенностей пожилого организма.

3. Медицинский персонал должен знать, что применение лекарственной терапии является самым важным в процессе оказания лечебных мероприятий.

СПИСОК ЦИТИРУЕМОЙ И РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Арьев, А. Л.* Состояние и пути развития геронтологии (гериатрии) / А. Л. Арьев // Актуальные проблемы гериатрии: сборник научных трудов. — СПб., 2001. — С. 25–34.
2. *Воробьев, П. А.* Геронтофармакология / П. А. Воробьев // Клиническая геронтология. — 2000. — № 11–12. — С. 3–9.
3. *Котельников Г.П.* Геронтология и гериатрия: учебник / Г.П. Котельников, О.В. Яковлев, Н.О. Захарова. — М.; Самара: Самарский дом печати, 1997. — 523 с.
4. Лазебник Л.Б., Скирская Г.П., Башкаева М.Ш. В помощь гериатру: Сб. нормативно-правовых документов. — М.: ЗАО «Издательство БИНОМ», 1999. — 144 с.
5. *Мареев, В. Ю.* Фармакотерапия заболеваний сердечно-сосудистой системы. VIII Российский национальный конгресс «Человек и лекарство» / В. Ю. Мареев. — М.: 2002. — С. 153–163.
6. *Мартынов, А. А.* Диагностика и терапия неотложных состояний в клинике внутренних

7. Национальное руководство по скорой помощи / А. Л. Вёрткин. — М.: Эксмо, 2012.
8. Чекман И. С. Справочник по клинической фармакологии / И. С. Чекман, А. П. Пелешук, О. А. Пятак. — Киев: Здоровье, 1987. — С. 75–80.
9. Nocut, J. E. Jr. Emergency medicine: a quick reference for primary care / J. E. Jr. Nocut. — New York: ARCO Publishing, 1982. — P. 91–96.

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ. ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА

*Салеев В.Б., к.м.н., доцент, член профильной комиссии МЗ РФ,
гл. спец. МЗ РМЭ по скорой помощи*

Актуальность. За январь-апрель 2015 г. смертность возросла в РФ на 3,7%, в Москве – на 6%, в Санкт-Петербурге – 4,1%. В пересчете на весь 2015 год 100 тыс. дополнительных к 1,8 млн. ежегодных смертей в РФ, в 2014г. 10 тыс. дополнительных смертей к 120 тыс. в Москве последние годы [8].

Материал и методы исследования. (Обзор литературы). Острый коронарный синдром (ОКС) - это рабочий диагноз в первые часы и сутки заболевания, тогда как инфаркт миокарда и нестабильная стенокардия (ИМ, НС, не закончившийся появлением признаков некроза миокарда) используются на догоспитальном этапе (ДГЭ). Выделяют ОКС с подъемом сегмента ST (ОКС п ST) и ОКС без подъема сегмента ST (ОКС бп ST) на ЭКГ. ОКС подъемом сегмента ST - 70-80% всех случаев. 50% смертей от ИМпST наступает в первые 1,5-2 ч от начала ангинозного приступа и большая часть этих больных умирает до прибытия бригады СМП. Поэтому самые большие усилия должны быть предприняты, чтобы первая медицинская помощь была оказана больному как можно раньше, и чтобы объем этой помощи был оптимален. Прогноз при инфаркте миокарда определяется:

- применением тромболитической терапии (ТЛТ);
- размерами очага некроза;
- степенью выраженности дисфункции левого желудочка;
- артериальная гипотония САД менее 100 мм. Рт.ст.;
- наличием и степенью выраженности остаточной ишемии миокарда;
- наличием серьезных нарушений ритма;
- возрастом[1,2].

Основные задачи, стоящие при первом осмотре:

1. Оказание неотложной помощи

2. Оценка предположительной причины развития боли в грудной клетке (ишемическая или не ишемическая)

3. Оценка ближайшего риска развития жизнеугрожающих состояний

4. Проведение тромболитической терапии (по показаниям)

5. Определение показания и места госпитализации.

Основой лечения острого ИМ является восстановление коронарного кровотока - коронарная реперфузия. Разрушение тромба и восстановление перфузии миокарда приводят к ограничению размеров его повреждения и, в конечном итоге, к улучшению ближайшего и отдаленного прогноза. Поэтому все больные ИМпST должны быть безотлагательно обследованы для уточнения показаний и противопоказаний к восстановлению коронарного кровотока[2,3].

Показания для проведения ТЛТ:

1. Если время от начала ангинозного приступа не превышает 12 часов, а на ЭКГ отмечается подъем сегмента ST $\geq 0,1$ mV, как минимум в 2-х последовательных грудных отведениях или в 2-х отведениях от конечностей, или появляется блокада ЛНПГ.

2. Введение тромболитиков оправдано в те же сроки при ЭКГ признаках истинного заднего ИМ (высокие зубцы R в правых прекардиальных отведениях и депрессия сегмента ST в отведениях V1-V4 с направленным вверх зубцом T).

Абсолютные противопоказания к ТЛТ:

- ранее перенесенный геморрагический инсульт или НМК неизвестной этиологии;

- ишемический инсульт, перенесенный в течение последних 3-х месяцев;

- опухоль мозга, первичная и метастатическая;

- подозрение на расслоение аорты;

- наличие признаков кровотечения или геморрагического диатеза (за исключением менструации);

- существенные закрытые травмы головы в последние 3 месяца;

- изменение структуры мозговых сосудов, например, артерио-венозная мальформация, артериальные аневризмы

Относительные противопоказания для проведения ТЛТ:

- устойчивая, высокая, плохо контролируемая АГ в анамнезе;

- АГ в момент госпитализации – АД сис. >180 мм рт.ст., диаст. >110 мм рт.ст);

- ишемический инсульт давностью более 3 месяцев;

- деменция или внутричерепная патология, не указанная в «абсолютных противопоказаниях»;

- травматичная или длительная (более 10 мин), сердечно-легочная реанимация или оперативное вмешательство, перенесенное в течение последних 3-х недель;
- недавнее (в течение предыдущих 2-4-х недель) внутреннее кровотечение;
- пункция сосуда, не поддающегося прижатию;
- для стрептокиназы – введение стрептокиназы более 5 суток назад или известная аллергия на нее;
- беременность;
- обострение язвенной болезни;
- прием антикоагулянтов непрямого действия[4,6]

Таблица 1.

Название препарата	Способ применения
Альеплаза	Внутривенно 1 мг/кг массы тела (но не более 100 мг): болюс 15 мг; последующая инфузия 0,75 мг/кг массы тела за 30 мин (но не более 50 мг), затем 0,5 мг/кг (но не более 35 мг) за 60 минут (общая продолжительность инфузии 1,5 часа).
Пуrolаза	Внутривенно: болюс 2000000 МЕ и последующая инфузия 4000000 МЕ в течение 30-60 мин.
Стрептокиназа	Внутривенно инвазионное 1500000 МЕ за 30-60 минут
Тенектеплаза (метализа)	Внутривенно болюсом: 30 мг при массе <60 кг, 35 мг при 60-70 кг, 40 мг при 70-80 кг; 45 мг при 80-90 кг и 50 мг при массе тела >90 кг.

Идеальный тромболитический препарат в условиях скорой медицинской помощи должен иметь следующие свойства:

- Быстрое начало действия;
- Высокая эффективность в пределах 60-90 мин с улучшением кровотока (степень 3 по шкале ТІМІ);
- Низкая частота побочных эффектов (особенно кровотечения и инсульта);
- Низкая частота повторных окклюзий;
- Простота введения (болюс в сравнении с длительной инфузией) и даже одним медработником;
- Простой режим дозирования
- Хороший прогноз в долгосрочном периоде;
- Экономия ресурсов (финансовых, трудовых, бюджетных);

Какие факторы наиболее важны при выборе дозы тромболитика?

1. Отсутствие аллергенности;
2. Тип инфаркта миокарда
3. Возраст пациента
3. Пол пациента
4. Время от начала клинической симптоматики
5. Масса тела пациента
6. Клиренс креатинина[5,7]

Клинические преимущества алтеплазы (Актилизе®)

1. Спасает на 10 жизней больше, чем стрептокиназа на каждые 1000 пациентов с острым инфаркта миокарда (13,6%)
2. Возможность «позднего» тромболитика до 6-12 часов от возникновения болей в грудной клетке.
3. Безопасность и управляемость (период полураспада - 4,5 мин).
4. Отсутствие антигенных свойств - возможно повторное введение.
5. Единственный выбор для пациентов, получавших ранее стрептокиназу в случае повторного инфаркта миокарда.
6. Минимальное влияние на системные факторы свёртывания крови.
7. Опыт успешной терапии у более чем 1,5 миллиона пациентов и 17 лет успешного использования в ведущих клиниках всего мира.

Клинические преимущества метализе (Тенектеплазы®):

- разовый болюс за 5-10 секунд;
- значительно упрощается процедура введения;
- инъекция может быть сделана в «полевых условиях»;
- любым обученным медицинским специалистом;
- быстрое начало нозологической терапии;
- восстанавливает реперфузию еще до возникновения некроза;
- увеличивает вероятность «прерванного» ИМ;
- улучшает исход и качество жизни после ОИМ;
- уменьшает расходы на реабилитацию и лечение осложнений;
- в более короткий срок прервать развитие инфаркта миокарда.

Прерванный инфаркт миокарда – полное отсутствие или незначительная зона некроза миокарда после ишемии, когда происходит прекращение подъема сегмента ST и последующий за терапией возврат его вниз до < 50% от его исходного уровня на первичной ЭКГ и когда концентрация креатинфосфокиназы (КФК) к концу 1-х суток не превышает более чем в 2 раза ее верхнюю норму[6].

«Вероятнее всего в обозримом будущем большинство пациентов будут получать реперфузию быстрым фибринолизисом, скорее, чем мы произведем драматические изменения в системе и методах лечения наших пациентов».

Allan M. Ross, 2006

“Эффективное и своевременное использование, какого либо реперфузионного метода терапии более важно, чем выбор самого метода терапии”.

ACC/AHA guidelines 2004

Выводы:

1. Необходимо обязательное проведение ТЛТ в условиях СМП с учётом противопоказаний;
2. ТЛТ должна проводить бригада СМП, которая прибыла к больному для оказания медицинской помощи
3. Лучшим препаратом для проведения ТЛТ в условиях СМП остаётся Тенектеплаза® (Метализа), которую может использовать даже выездная бригада с одним фельдшером.
4. Метализа® официально разрешена к применению при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST или внезапно возникшей блокадой левой ножки пучка Гиса.

СПИСОК ЦИТИРУЕМОЙ И РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гринь В.К., Столика О.И., Романенко Р.Н., Костокрыз В.Б. Современная стратегия лечения острого инфаркта миокарда // Острые и неотложные состояния в практике врача. – 2007. – № 3. – С. 19-20.
2. Груздев А.К., Сидоренко Б.А., Максимов В.Р., Яновская З.И. Проведение системной тромболитической терапии у больных острым крупноочаговым инфарктом миокарда на догоспитальном этапе. М.: Главное медицинское управление, Управление делами Президента Российской Федерации, 2005; 11.
3. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы // Российские рекомендации. – Москва, 2007. – 123 с.
4. Диагностика и лечение инфаркта миокарда с элевацией сегмента ST. Рекомендации американской Ассоциации сердца и Американского кардиологического колледжа. – М; 2004 г
5. Оганов Р.Г. «Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST кардиограммы» 2007г.
6. Руководство по скорой медицинской помощи / под ред. С.Ф.Багненко, А.Л. Верткина, А.Г.Мирошниченко, М.Ш. Хубутии. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2007. – 816 с.

7. Руксин В.В. Неотложная кардиология / В.В. Руксин. – СПб.: Невский диалект; М.: Изд-во «Лаборатория базовых знаний», 2003. – 512 с.
8. Улумбекова Г. Э. Здоровоохранение России: Мифы, реальность, решения. Материалы науч. практ. конференции по скорой помощи. СПб, 2015

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

*Смирнова Наталья Юрьевна, преподаватель
ГБУ РМЭ СПО «Йошкар–Олинский медколледж»
Йошкар–Ола, Республика Марий Эл*

В начале 21 века основными причинами смерти признаны неинфекционные заболевания. Среди них лидирующее место занимают болезни системы кровообращения, от которых ежегодно умирает около 17 млн. человек.

Президент Российской Федерации В. В. Путин объявил 2015 год – годом борьбы с сердечно – сосудистыми заболеваниями. И это не случайно, согласно статистике ВОЗ, смертность по причине сердечно-сосудистых заболеваний стоит на первом месте среди всех остальных причин. В 2000 году от сердечно-сосудистых заболеваний в России умерло 1,23 млн. человек, в 2003-м — 1,33 млн. В 2005 году смертность от сердечно-сосудистые заболевания составила 1,29 млн. человек, в 2008 году — 1,18 млн., а в 2013-м показатель смертности впервые за 13 лет не достиг миллионной отметки — 990 тыс. человек. Цифры по-прежнему остаются пугающими. А Россия среди других стран является одним из лидеров по смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. В республике Марий Эл заболеваемость ИБС растет: 2010 г-268 чел, 2011 г – 278 чел, 2012 г – 452 чел, 2013 г – 482 чел., 2014 г- 479 человек (по данным кардиологического отделения ГБУ РМЭ «Йошкар-Олинская городская больница»).

Формированию эпидемии сердечно – сосудистых заболеваний в России, наблюдаемой в последние годы, в значительной степени способствуют факторы, связанные с образом и условиями жизни человека. Это, в первую очередь, привычки и характер питания, курение, злоупотребление алкоголем, низкая физическая и медицинская активность населения. Поскольку образ жизни считают ведущим фактором в формировании здоровья, к решению проблем, связанных с распространенностью сердечно – сосудистых заболеваний, должно быть активно привлечено население. Профилактическое воздействие на поведенческие факторы риска должно быть направлено на информирование населения и мотивацию к

изменению, оздоровлению привычек и поведения.

При определении степени риска болезней системы кровообращения (БСК) необходимо учитывать, что большинство факторов риска взаимосвязаны и усиливают влияние друг на друга, резко повышая риск. В практической деятельности часто приходится иметь дело с пациентами, имеющими одновременно 2-3 фактора риска и более.

Для профилактики БСК рекомендовано использовать 3 стратегии:

- популяционную стратегию
- стратегию высокого риска
- стратегию вторичной профилактики

Популяционная стратегия воздействует на факторы образа жизни и окружающей среды, которые увеличивают риск развития БСК среди всего населения.

Стратегия высокого риска способствует выявлению и снижению влияния факторов риска у людей с риском развития БСК.

Вторичная профилактика – предупреждению прогрессирования болезни.

Использование всех стратегий позволяет достигнуть целевых уровней факторов риска для лиц без клинических признаков сердечно – сосудистых заболеваний:

- АД менее 140/90 мм.рт.ст.
- концентрация общего холестерина в плазме крови менее 5 ммоль/л
- концентрация холестерина липопротеидов низкой плотности в плазме крови менее 3 ммоль/л
- концентрация глюкозы плазмы крови менее 6,1 ммоль/л
- окружность талии у мужчин менее 102 см (оптимально не более 94 см), у женщин менее 88 см (оптимально не более 80 см).

Основой профилактики сердечно – сосудистых заболеваний и их осложнений является оздоровление образа жизни и устранение/коррекция факторов риска сердечно – сосудистых заболеваний, а также раннее выявление сердечно – сосудистых заболеваний, риска их развития и эффективное лечение.

Особенности образа жизни и поведенческих факторов риска, которые снижают вероятность сердечно – сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом:

- отказ от потребления табака
- достаточный уровень физической активности
- здоровое питание

- контроль массы тела, отсутствие ожирения и избыточного веса
- контроль АД, АД ниже 140/90 мм.рт.ст.
- контроль уровня холестерина крови (уровень общего холестерина крови ниже 5,0 ммоль/л)
- контроль уровня глюкозы крови (уровень глюкозы крови натощак не выше 6,1 ммоль/л)
- контроль психоэмоционального состояния (преодоление стресса, снятие психоэмоционального напряжения, особенно у лиц с очень высоким сердечно - сосудистым риском)

Низкая физическая активность – важнейшая проблема здоровья современного общества. Низкая физическая активность является фактором риска ишемической болезни сердца, мозгового инсульта, артериальной гипертензии, инсулиннезависимого сахарного диабета, остеопороза. Риск развития ишемической болезни сердца у лиц, ведущих малоподвижный образ жизни, в среднем в 2 раза выше, чем у физически активных людей.

Для выявления лиц с низкой физической активностью используются анкетные методы (опросники). Для повседневной практической деятельности медработника предложен простой критерий: физическая активность низкая, если человек сидит на работе 5 ч и более, а активный досуг зимой и летом, включая время, затрачиваемое на ходьбу до работы и обратно, составляет менее 7 – 10 ч в неделю.

Медицинские работники первичного звена здравоохранения при любых контактах с пациентами должны оценивать уровень физической активности и выяснять отношение пациентов к занятиям спортом. Рекомендуется обсудить с пациентом проблему риска развития заболеваний, связанных с недостаточной физической активностью, и пользу регулярных нагрузок для здоровья. Необходимо мотивировать пациентов на повышение их физической активности, особенно в повседневной жизни. Каждый человек должен четко знать и контролировать при физических нагрузках зону безопасного пульса (ЗБП), что составляет 60-75% максимальной частоты сердечных сокращений (ЧСС), которую рассчитывают по формуле:

$$\text{ЧСС (макс.)} = 220 - \text{возраст}$$

В основе тестирования здоровых людей, не страдающих сердечно – сосудистыми заболеваниями и другими хроническими заболеваниями, но имеющих некоторые отклонения функциональных параметров, лежит стресс – проба с физической нагрузкой (тредмил – тест или велоэргометрия на субмаксимальной нагрузке) с определением индивидуального тренировочного пульса для контроля

допустимой интенсивности нагрузок.

Рекомендации по физической активности в целях профилактики ССЗ и их осложнений

- здоровые взрослые всех возрастов должны тратить 2,5-5ч в неделю на обычную физическую активность или аэробную тренировку, умеренной интенсивности, или 1-2,5 ч в неделю на более интенсивные физические упражнения. Настоятельно рекомендовать лицам с сидячим образом жизни начать выполнение программ физических упражнений легкой интенсивности.

- физическая активность/аэробные нагрузки должны выполняться в несколько подходов каждый продолжительностью не менее 10 минут и равномерно распределяться на всю неделю, т.е. на 4-5 дней в неделю.

Избыточная масса тела является одним из факторов риска развития заболеваний сердечно – сосудистой системы. Основной задачей по коррекции массы тела является достижение «идеальной массы тела». При снижении массы тела у пациентов уменьшается одышка при физической нагрузке, повышается физическая работоспособность, наблюдается гипотензивный эффект, улучшается настроение, трудоспособность, сон. Уменьшается выраженность дислипидемии, а при наличии сахарного диабета снижается уровень сахара в крови. Наиболее важное последствие снижения массы тела – улучшение прогноза жизни и снижение риска развития сердечно – сосудистых заболеваний.

Рекомендации по питанию для профилактики ССЗ и их осложнений

Здоровое питание включающее:

- снижение потребления насыщенных жиров (менее 10% общего калоража пищи) путем замены их на полиненасыщенные жирные кислоты
- максимально возможное ограничение потребления транс-жиров (менее 1% от общего калоража пищи)
- потребление менее 5 гр. соли в день
- потребление 30-45 гр. клетчатки (пищевых волокон) в день, из цельнозерновых продуктов, фруктов и овощей
- потребление 200 гр. фруктов в день (2-3 порции)
- потребление 200 гр. овощей в день (2-3 порции)
- потребление рыбы, не менее 2 раз в неделю, один из которых будет жирная рыба
- ограничение потребления алкогольных напитков до 20 гр. день в пересчете на чистый спирт для мужчин и до 10 гр. в день для женщин

Два крупных эпидемиологических исследования КОМПАС и КООРДИНАТА,

проведенные в России в 2001 – 2004 гг., включившие более 12 000 амбулаторных больных показали, что симптомы депрессии и тревоги присутствуют у половины больных сердечно – сосудистыми заболеваниями.

Рекомендации лицам, имеющим высокий уровень психоэмоционального стресса

- нормализовать повседневный режим труда и отдыха
- обеспечить ночной сон длительностью не менее 7-8 ч
- использовать выходные и праздничные дни, ежегодный отпуск для полноценного активного отдыха
- оптимизировать физическую активность (по показаниям ежедневные пешие прогулки в среднем темпе, плавание, другие виды аэробной нагрузки)
- освоить несложные техники релаксации (дыхательный тренинг, аутоотренинг, прогрессивная мышечная релаксация)

Курение – остается одним из ведущих факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, в том числе сердечно – сосудистых заболеваний. Отрицательное воздействие курения на сердечно – сосудистую систему (ССС) зависит как от количества выкуриваемых сигарет, так и от стажа курения. По данным исследования российских липидных клиник, снижение ожидаемой продолжительности жизни у мужчин, выкуривающих более 15 сигарет в день, составляет 10,5 лет, у женщин, выкуривающих более 6 сигарет в день – 6 лет. Не доказана безопасность сигарет с меньшим содержанием никотина. Курение легких сигарет не уменьшает сердечно - сосудистый риск.

Женщины более чувствительны к действию курения. На один год сокращают продолжительность жизни каждые 3 сигареты в день для мужчин, и каждые 2 сигареты в день у женщин. У женщин, особенно старше 35 лет, курящих и принимающих оральные контрацептивы, повышается риск сердечного приступа, инсульта, венозной тромбоэмболии. Пассивное курение повышает риск ишемической болезни сердца. До 60 000 смертей от патологии сердца ежегодно связаны с пассивным курением.

Курение в 3 раза увеличивает риск мозгового инсульта, как ишемического, так и транзиторных ишемических атак.

В табачном дыме насчитывается более 4 000 вредных веществ, многие из которых потенциально токсичны для ССС. Патофизиологические механизмы связи курения с ишемической болезнью сердца условно принято разделять на две группы: ускорение прогрессирования атеросклероза и провоцирование острых коронарных событий.

Действие никотина проявляется повышением артериального давления (АД) и ЧСС после выкуривания сигареты, в усилении сокращений сердечной мышцы и повышении потребления кислорода миокардом. Курильщики употребляют больше алкоголя, кофе, чая, чем некурящие. Масса тела и АД у них немного меньше, но ЧСС несколько больше, чем у некурящих людей. У курящих женщин менопауза наступает в более молодом возрасте. У курильщиков снижена величина максимально переносимой физической нагрузки и наблюдается нарушение иммунной системы.

Рекомендации пациентам, бросающим курить

- стараться думать только о «преимуществах» отказа от курения, которые у каждого человека могут быть индивидуальными в зависимости от обстоятельств
- объявить о своем стремлении бросить курить и начале жизни без табака окружающим, желательно близким и авторитетным людям, чтобы предостеречь от отсрочки принятого решения
- оценить ситуации, при которых вы наиболее часто курите, возможно «автоматически» и быть наиболее внимательным в этих ситуациях, убрать с видимых мест предметы, напоминающие о курении
- избегать прокуренных помещений и ситуаций, провоцирующих закуривание
- заменить перекуры низкокалорийными фруктами или жевательной резинкой, не содержащей сахара
- поощрять себя при устойчивости к соблазнам закурить
- не бояться обратиться за помощью при сильной тяге к курению в кабинет медицинской профилактики

Информированность пациентов – начальное звено формирования мотивации и последующей коррекции поведенческих факторов риска.

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ПЕДАГОГА ЧЕРЕЗ САМООБРАЗОВАНИЕ

Теплушкина Татьяна Петровна, преподаватель

БПОУ «Чебоксарский медицинский колледж» Минздравсоцразвития Чувашии

Чебоксары, Чувашская Республика

В современной системе образования происходит трансформация основной функции педагога. Для того чтобы педагог мог качественно решать поставленные

перед ним государством и обществом задачи, он должен быть специалистом высокого уровня, педагогом-творцом, исследователем, проектировщиком собственной профессиональной судьбы. Для этого необходима целенаправленная системная работа над своим профессиональным развитием. На смену прежнему стилю жизни, когда одного образования хватало на всю жизнь, приходит новый жизненный стандарт: «Образование для всех, образование через всю жизнь».

Суть самообразования заключается в овладении педагогом техникой и культурой умственного труда, умении оптимально решать проблемы, самостоятельно работать над собственным профессионализмом для повышения результативности педагогической деятельности. Развитие личностного потенциала достигается посредством осознанного самовоспитания, профессионального образования, повышения квалификации. Повышение уровня профессиональной компетентности является важным звеном непрерывного профессионального образования.

Самообразование во все времена было основным источником человеческого знания. Основной объем знаний и умений каждый добывает сам. «Кто дорожит жизнью мысли, — писал Д. И. Писарев, — тот знает очень хорошо, что настоящее образование есть только самообразование и что оно начинается только с той минуты, когда человек, распростившись навсегда со всеми школами, делается полным хозяином своего времени и своих занятий».

Проблема самообразования педагогов стала актуальной в условиях информационного общества, где доступ к информации, умение работать с ней являются ключевыми. Современная система образования требует от педагога постоянного совершенствования знаний. Основными критериями самообразования педагогов являются: эффективность профессиональной педагогической деятельности, творческий рост педагогов, внедрение новых педагогических технологий в образовательный процесс.

Среди условий для формирования мотивации профессионального самосовершенствования можно выделить следующие: мотивы успеха, преодоления профессиональных затруднений, мотивы, направленные на улучшение материального благополучия, профессионального признания, карьерные мотивы и др.

Самообразование невозможно без умения четко формулировать цель, конкретизировать проблему и фокусировать свое внимание на главных, значимых деталях, творчески переосмысливать процесс обучения и приобретаемые знания, особое место в самообразовании занимает способность к рефлексивному осмыслению и поиску нового. Сформировать данные умения у педагогов помогает

ШПМ, ШМП, целью которых являются: повышение результативности методической работы педагогов, формирование мотивации к освоению и внедрению новых технологий, творчеству, инициативе и др.

Профессия педагога предполагает непрерывное самообразование, которое осуществляется не только через курсы повышения квалификации, но и предполагает самостоятельное штудирование научно-популярной литературы, работу с периодической печатью, методическую работу, участие в научно-практических конференциях, в профессиональных конкурсах.

В педагогической теории выделяются четыре уровня самообразования. Зная характерные особенности каждого из них, педагог сможет определить свой индивидуальный уровень, что в свою очередь, даст возможность объективно подойти к самооценке себя как профессионала.

Первый уровень – низкий. Деятельность педагога, находящегося на данном уровне, характеризуется спонтанным, внесистемным самообразованием, часто под воздействием внешних обстоятельств (например, накануне проверки), при отсутствии у него необходимой образовательной культуры.

Для педагога находящегося на втором уровне - среднем, характерно ситуативное самообразование на фоне интереса к новой информации, процессу познания, удовлетворению своих познавательных потребностей.

Третий уровень – высокий. Педагогов этого уровня отличает систематическое целенаправленное самообразование, осуществляемое на основе овладения технологией данного вида деятельности.

Наивысший уровень самообразования характерен для таких педагогов, которым данный вид деятельности представляется постоянной жизненной потребностью, и он носит чаще всего исследовательский характер.

Обучение новому нельзя считать полным, если педагог не умеет оценить результаты используемого новшества, проанализировать свою деятельность и выявить скрытые причины недостатков. Прежде всего, педагогу необходимо научиться проводить самоанализ своей деятельности, так как, осуществляя такой вид деятельности, у педагога формируется, со временем совершенствуется аналитическая и рефлексивная культура.

Каждая деятельность бессмысленна, если в ее результате не создается некий продукт, или нет каких-либо достижений. В личном плане самообразования педагога обязательно должен быть список результатов, которые должны быть достигнуты за определенный срок. Хотя самообразование непрерывно, но планировать его нужно поэтапно: повышение качества преподавания предмета (указать показатели контроля эффективности и качества); выработка методических

рекомендаций по применению новой информационной технологии; проведение тренингов, семинаров, конференций, мастер-классов, обобщение опыта и др.

Педагогическое самообразование будет продуктивным, если:

- В процессе самообразования реализуется потребность педагога к собственному развитию.

- Педагог владеет способами самопознания и самоанализа педагогического опыта, он понимает как позитивные, так и негативные моменты своей профессиональной деятельности, признает свое несовершенство, следовательно, является открытым для изменений.

- Педагог обладает развитой способностью к рефлексии. Педагогическая рефлексия является необходимым атрибутом педагога-профессионала.

- Программа профессионального развития педагога включает в себя возможность исследовательской, поисковой деятельности.

- Педагог обладает готовностью к педагогическому творчеству.

- Осуществляется взаимосвязь личностного и профессионального развития и саморазвития.

Таким образом, на основе самопознания, развития профессионально-педагогической культуры, выработки рефлексивного мышления, умения учиться происходит трансформация развития в саморегулирующую систему, преобразование устойчивого интереса личности к самообразованию в постоянную жизненную потребность в самосовершенствовании, желании учиться всю жизнь, быть успешным, что является свидетельством достижения оптимального уровня самосовершенствования.

На каком бы этапе жизненного и профессионального пути ни находился педагог, он никогда не сможет считать свое образование завершенным, а свою профессиональную концепцию окончательно сформированной. Пока педагог выполняет свои профессиональные обязанности, он ориентируется на требования, предъявляемые ему обществом, и он не может не заниматься самообразованием.

Список литературы

1. Белозерцев Е.П., Гонеев А. Д., Пашков А.Г. и др. Педагогика профессионального образования: учебн. пособие для студ. высш. учеб. заведений. /[Е.П. Белозерцев, А.Д. Гонеев, А.Г. Пашков и др.]; под ред. В.А. Сластёнина.- 4-е изд. Стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2008.- 368с.
2. Ганин Е. А. Педагогические условия использования современных информационных и коммуникационных технологий для самообразования будущих учителей: ИТО, 2003.

3. Комаров Е. Организация, психология и технологии самообразования человека работающего // Управление персоналом. 2001. № 4.
4. <http://sibac.info/index.php/2009-07-01-10-21-16/652-2012-01-19-09-21-03>
5. <http://kirovsk.edu.by/main.aspx?guid=1553>
6. <http://www.ppip.idnk.ru/index.php/-1-2012/274-chernodub.html>

Патриотическое воспитание студентов-медиков на занятиях истории

Трофимов Александр Владимирович, преподаватель

БПОУ «Чебоксарский медицинский колледж»

Чебоксары, Республика Чувашия

Патриотическое воспитание студентов – одна из важнейших составляющих частей их обучения в средних специальных учебных заведениях. Оно направлено на формирование высоких патриотических, профессиональных, морально-психологических качеств, необходимых для работы медицинских работников в экстремальных условиях и при прохождении военной службы.

Работа по патриотическому воспитанию должна организовываться и проводится согласно требованиям Конституции РФ, действующего законодательства, указам Президента РФ, постановлениям правительства, приказами и директивами министерства обороны, министерства образования.

Основными задачами патриотического воспитания в медицинском колледже являются:

- воспитание у студентов чувства преданности нашей Родине, чувства гордости и сопереживания за ее историческое прошлое;
- формирование высоких морально-деловых качеств гражданина и патриота России, готовность к защите Отечества и исполнение своих служебных, гражданских и воинских обязанностей;
- обучение студентов актуальным вопросам внутренней и внешней политики России, информирование о реформах в медицинской отрасли, вооруженных силах, объяснение их задач и приоритетов;
- воспитание сознательного творческого отношения к учебному процессу обучающихся, формирование здоровых общественных интересов, высокой военной, профессиональной, этической и эстетической культуры.

Современное понимание патриотизма требует его очищения от идеологических интерпретаций. В нашем общественном сознании существуют устойчивые идеологические стереотипы патриотизма: «патриот – это консерватор и

реакционер, не понимающий современности», «либерал – это непременно очернитель, антипатриот, пособник Запада». Эти стереотипы наносят большой вред патриотическому воспитанию, которое у нас слишком идеологизировано.

Патриотическое воспитание осуществляется сегодня в условиях социальных изменений, которые создает не совсем благоприятный фон – усиление социальной дифференциации, материализация общества и т.д., что, безусловно, усложняет воспитательный процесс.

Наряду с «Основами военной службы» курса ОБЖ и БЖД история Отечества играет важную роль в процессе воспитания патриота и гражданина. Содержание данного предмета – познание истории своей страны и своего народа, формирования его культуры и образа жизни, становления государственности – является важнейшей составляющей патриотического воспитания.

Все последние годы о воспитательной функции уроков истории ожесточенно спорили. Высказывались мнения, что история в школах и ССУЗах должна быть освобождена от воспитательных задач. До сих пор некоторые преподаватели истории отрицают возможность воспитания патриотов как невыполнимую сверхзадачу и стараются избегать национальных приоритетов и акцентов, когда речи идет о поисках объективной истины. В такой позиции проявляется боязнь формализации и государственного диктата в преподавании истории. Жизнь показала опасность и неправильность такой позиции. Отказ от патриотического воспитания приводит к тому, что инстинктивная природа без знания и мысли находит свое выражение в тупом и агрессивном самомнении, аффективном «патриотизме» скинхедов и неофашистов.

Сегодня преподаватель истории должен понимать, что:

- патриотизм имеет инстинктивную основу, но без сознательного и духовного самоопределения он либо апатичен, либо агрессивен. Истинный патриотизм – сознательная, зрячая, понимающая любовь к Родине, которая формируется на основе знания и понимания истории Отечества;

- человек приходит к духовному обретению Родины разными путями. Духовный опыт у людей сложен и многообразен: он захватывает и сознание человека, и бессознательно-инстинктивную глубину психики. Есть патриотизм, исходящий от семейного и родового чувства, или – от природы, от религиозной веры народа, от величия государственного пути своего народа, от военных побед – «славы, купленной кровью», а может, от стихии национальной нравственности;

- патриотизм невозможно навязать, его можно только пробудить. «Казенный», официальный, внешнепринудительный далеко не всегда воспитывает чувство Родины. В решении этой задачи много зависит от преподавателя, от его опыта и

такта, его собственного патриотического чувства.

Совершенно очевидно, что нет единого для всех людей одинакового пути к патриотизму, именно поэтому каждое занятие по истории Отечества имеет воспитательный потенциал, раскрывая судьбу народа в его достижениях и в его падении, в часы опасности и в эпоху благоденствия. Преподаватель истории не должен скрывать от студентов слабые стороны национального характера, и в то же время он должен указать им все источники национальной силы и славы. При этом патриотические чувства учащихся должны быть ограждены от двух опасностей, двух крайностей – националистического самомнения и безысходного самоуничижения.

Ускорение темпа современной жизни, информационная революция требуют усиления внимания к развивающей системе обучения и воспитания. В этих условиях остро встает вопрос об усвоении знаний, получаемых в колледже, об улучшении их качества. Освоить программу по истории за 48 часов лекционных занятий в колледже весьма сложно. Ведь важно предусмотреть, чтобы образовательное поле, включающее воспитательный сектор, обеспечивало целостную картину мирового исторического и культурного опыта, на который опирается развитие студента.

Предлагаем критерии отбора содержательных аспектов изучения истории:

- целостность и системность исторического материала, его преемственность;
- постановка и изучение гражданских, нравственных проблем;
- объем содержания должен точно соответствовать заданным целям.

На наш взгляд, необходимо включать, как одно из условий патриотического воспитания, изучение дополнительного исторического материала. Чтобы заинтересовать студента в этом, преподаватель вместе с обучающимися ведет работу с документами, публицистикой, мемуарами, словарями, энциклопедиями и другими источниками. Применение источниковедческого метода способствует формированию у студентов интереса к предмету, выработке навыков самостоятельного изучения документов и дополнительной литературы, углублению знаний по истории. Характер и результаты воспитания в процессе обучения определяются научностью, содержанием преподаваемых знаний, организацией и методами учебной работы, связью обучения с личным опытом учащихся, учетом особенностей их возрастного и индивидуального развития.

Считаем одним из важных условий повышения эффективности нравственного воспитания в обучении истории – воспитание патриотизма на примере выдающихся исторических персоналий и определения их роли в важнейших событиях страны. Нравственные убеждения студентов во многом складываются под влиянием людей, на которых они хотели бы быть похожими. Поэтому очень важно на

соответствующих занятиях давать по возможности развернутые характеристики исторических личностей, показывать мотивы и результаты их деятельности.

Кроме того, считаю важным регулярное использование современных интерактивных технологий и современных методов преподавания истории:

- развивающие технологии обучения истории;
- метод развивающего обучения;
- мозговой штурм;
- кейс-метод и т.п.

Важно помнить, что нельзя допустить в стране разрыв связей поколений, дать возможность западной «пропаганде» добиться своих геополитических целей по уничтожению самобытности российской национальности, искажения фактов истории. Каждый преподаватель должен осознавать ответственность за будущее современного поколения молодых людей, которым так не хватает объективной информации в условиях информационной войны, развязанной Западом.

Эффективные технологии общения

Тюкова Ольга Александровна, преподаватель

*БОУ СПО «Чебоксарский медицинский колледж» Минздравсоцразвития Чувашии
Чебоксары, Чувашская Республика*

Человек – «существо социальное». Это означает, что он живет среди людей и осуществляет свою жизнедеятельность (достигает целей, удовлетворяет потребности, трудится) не иначе как через взаимодействие, общение – контактное, опосредованное или воображаемое.

В общении как процессе последовательных взаимоориентированных во времени и пространстве действий, реакций, поведенческих актов происходит обмен информацией и ее интерпретация, взаимовосприятие, взаимопонимание, взаимооценка, сопереживание, формирование симпатий или антипатий, характера взаимоотношений, убеждений, взглядов, психологическое воздействие, разрешение противоречий, осуществление совместной деятельности. Таким образом, каждый из нас в своей жизни, взаимодействуя с другими людьми, приобретает практические навыки и умения в сфере общения.

Эффективное общение - это единственная вещь, которая может быть действительно важна для всех людей, обитающих в обществе. Эффективное общение: способствует взаимопониманию, направляет поток информации в нужное русло, помогает людям преодолеть барьеры для проведения открытой дискуссии,

стимулирует собеседников предпринимать действия для достижения поставленных целей, передает информацию, поощряя сотрудников думать по-новому и действовать более эффективно.

Общение играет огромную роль в жизни общества. Без него немислимы процесс воспитания, формирования, развития личности, межличностные контакты, а также управление, обслуживание, научная работа и иная деятельность во всех сферах, где необходимы передача, усвоение информации и обмен ею.

Эффективность общения – это тот «конечный продукт», создание которого должна облегчить теория культуры речи при ее практическом применении. Под эффективностью общения мы понимаем оптимальный способ достижения поставленных коммуникативных целей. Коммуникативные цели общения теснейшим образом связаны с основными функциями языка.

Технологии эффективного общения – это такие способы, приемы и средства общения, которые в полной мере обеспечивают взаимное понимание и взаимную эмпатию (эмпатия – способность поставить себя на место другого человека, способность к сопереживанию) партнеров по общению.

Особое место в содержании технологий эффективного общения в конфликте занимают целевые установки конфликтующих. Прежде всего, это связано с существенным противоречием в самом процессе такого общения. С одной стороны, соперники особенно нуждаются в том, чтобы правильно понять друг друга. А с другой стороны, такому взаимопониманию мешает отсутствие должного доверия между ними, их «закрытость» по отношению друг другу, обусловленная конструктивностью общения в конфликте желательно (по возможности) создать атмосферу взаимного доверия в этом процессе, сформировать у себя целевую установку на сотрудничество.

Основное же содержание технологий эффективного общения в конечном итоге сводится к соблюдению определенных правил и норм общения.

Основные правила эффективного общения:

- Концентрируйте внимание на говорящем, его сообщении.
- Уточняйте, правильно ли вы поняли общее содержание принимаемой информации, так и ее детали.
- Сообщайте другой стороне в перефразированной форме смысл принятой информации.
- В процессе приема информации не перебивайте говорящего, не давайте советы, не критикуйте, не подводите итог, не отвлекайтесь на подготовку ответа. Это можно сделать после получения информации и ее уточнения.

- Добивайтесь, чтобы вас услышали и поняли. Соблюдайте последовательность сообщения информации. Не убедившись в точности принятой партнером информации, не переходите к новым сообщениям.
- Поддерживайте атмосферу доверия, взаимного уважения, проявляйте эмпатию к собеседнику.
- Используйте невербальные средства коммуникации: частый контакт глаз; кивание головы в знак понимания и другие, располагающие к конструктивному диалогу приемы.

Первое впечатление о человеке на 38% зависит от звучания голоса, на 55% от визуальных ощущений (от языка жестов) и только на 7% от вербального компонента. Конечно, первое впечатление – не всегда окончательный приговор, но важно, что с самого начала именно на его основе строится общение. Поэтому важно уметь произвести хорошее впечатление на окружающих.

Существует множество возможных «плюсов», но наиболее универсальные из них: комплимент, улыбка, имя собеседника и поднятие его значимости.

На первый взгляд, комплимент – самое простое в общении. Но сделать его мастерски – высшее искусство.

Комплименты бывают трех типов:

1. Косвенный комплимент. Мы хвалим не самого человека, а то что ему дорого: охотнику – ружье, «помешанному» на собаках – его любимца, родителю – ребенка и т.д.
2. Комплимент «минус-плюс». Мы даем собеседнику сначала маленький «минус». Например, «Пожалуй, я не могу сказать, что Вы хороший работник...Вы незаменимый для нас специалист!» После «минуса» человек теряется и готов уже возмутиться, а потом на контраст говоритьсь весьма для него лестное.
3. Человек сравнивается с чем-нибудь самым дорогим для того, кто делает комплимент. «Я хотел бы иметь такого же ответственного сына, как Вы!» Этот комплимент самый тонкий и наиболее приятен для собеседника. Но рамки его применения ограничены.

Улыбка – это выражение хорошего отношения к собеседнику, психологический «плюс», ответ на который – расположение собеседника к вам. Искренняя, доброжелательная улыбка не может испортить ни одно лицо, а подавляющее большинство их делает более привлекательным.

Само звучание имени оказывает большое воздействие на человека. Во время конфликтов, желая снять их остроту, люди подсознательно начинают чаще использовать имена своих собеседников.

На людей производит неизгладимое впечатление, что человек, стоящий значительно выше по служебной лестнице, помнит их по имени.

Имя человека – это самый важный для него звук на любом языке.

Нам всем хочется чувствовать свою значимость – одна из самых естественных и характерных человеческих слабостей, свойственных всем людям в той или иной степени. И иногда достаточно дать человеку возможность осознать собственную значительность, чтобы он с радостью согласился сделать то, что мы просим.

Достаточно дать собеседнику возможность выговориться, рассказать все, чем он хотел поделиться, стараясь проявлять максимум внимания и заинтересованности к его словам, чтобы благодарный за это собеседник с радостью и вниманием выслушал все, что расскажем ему мы. Беседа доставит взаимное удовольствие. Если мы хотим, чтобы нас выслушали, мы должны сначала выслушать собеседника.

Наблюдения показали, что в процессах общения 60%-95% информации передается с помощью невербального общения.

Дружеский взгляд: даже когда вы просто поддерживаете необязательный разговор, расположенный к вам человек будет часто смотреть на вас, особенно когда вы говорите.

Психологи используют для обозначения этого выражение «поедать глазами» - значит, неотрывно смотреть на другого человека, особенно ему в лицо, но не всегда встречаться глазами.

Стоит учесть, что, например, женщины не только склонны сами больше «поедать глазами» своего собеседника, но и более положительно относятся к тому, что и на них много смотрят. Мужчины в целом относительно менее склонны к тому, чтобы позволять часто на себя смотреть, даже в знак теплых и дружеских отношений.

Теплые интонации: мы всегда следим за тембром и интонациями голоса как средствами выражения эмоционального содержания слов, которые мы слышим, и в разговоре можем отличить их от смысла самих слов. Голос лучше выражает положительные, чем отрицательные эмоции, и вам, вероятно, приходилось на основании одних только интонаций обнаружить, что вы нравитесь собеседнику.

Эффективное общение – это не просто передача информации. Для того чтобы общение было эффективным, важно не только уметь говорить, но еще уметь слушать и понимать, о чем говорит собеседник. К сожалению, наверняка никто нас не учил искусству общения. Да, несомненно, нам объясняли, как следует писать и читать, однако не учили тому, как необходимо слушать и говорить. Эти способности каждый развивает в себе самостоятельно, учась у людей, которые нас окружают (прежде всего, родителей). Вполне возможно, что все мы переняли в детстве манеру

общения наших родителей, но не всегда эта манера или форма общения может быть эффективной.

Для того чтобы общение было эффективным, между нами и нашим собеседником нужно установить контакт. В ходе общения каждый из нас желает, чтобы его услышали и поняли, по этой причине в ходе разговора нам нужно проявлять уважение к точке зрения говорящего. Для эффективного общения рекомендуется также говорить в том же темпе и в том же объеме, а также используя аналогичную позу (стоя либо сидя) что и ваш собеседник. Нужно помнить, что люди любят, когда им подражают.

Невербальное общение – это очень важная составляющая общения. Лишь небольшую часть общения составляют непосредственно слова. Это означает, в основном общение состоит из мимики и жестов. Невербальное общение мы используем и для того, чтобы показать нашу ответную реакцию на то, что нам сообщают.

Литература

1. Аминов И.И. «Психология делового общения» «Омега», 2009
2. Горянина В.А. «Психология общения» «Академия», 2007.
3. Панфилова А.П. «Психология общения» «Академия», 2013.
4. Рогов Е.И., «Психология общения», М: «Владос», 2001.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

*Фатхуллина Нурия Вазировна, преподаватель
ГАПОУ РБ «Туймазинский медицинский колледж»
г. Туймазы, Республика Башкортостан*

Одно из самых тяжелых экстрагенитальных патологий у беременных являются заболевания сердечно - сосудистой системы. Беременных с заболеваниями сердца относят к группе высокого риска материнской и перинатальной смертности и заболеваемости. Это объясняют тем, что беременность накладывает дополнительную нагрузку на сердечно - сосудистую систему женщин. Беременность - весьма динамический процесс, и изменения гемодинамики, гормонального статуса и многих других физиологических факторов в организме беременной происходят постоянно и постепенно, а иногда и внезапно. В связи с этим важно не только правильно поставить диагноз, определить нозологическую форму заболевания сердца или сосудов, но оценить этиологию этого заболевания и функциональное

состояние сердечно - сосудистой системы. Кроме того, важна оценка степени активности первичного патологического процесса (ревматизм, ревматоидный артрит, тиреотоксикоз и др.), приведшего к поражению сердечно - сосудистой системы, а также выявление очаговой инфекции (холецистит, тонзиллит, кариес зубов и т.д.) и других сопутствующих заболеваний. Таковы сложные, но в подавляющем большинстве случаев все же разрешимые проблемы, возникающие перед медицинским работником, который решает вопрос о том, может ли женщина, страдающая каким-либо сердечно - сосудистым заболеванием, иметь беременность и роды без риска для своего здоровья и для своей жизни, без риска для здоровья и жизни своего будущего ребенка. Вопрос о допустимости иметь беременность и роды женщине, страдающей сердечно - сосудистыми заболеваниями, должен решаться заранее, в идеале до замужества. В решении этого вопроса определенные преимущества имеет врач, осуществляющий диспансерное наблюдение больных, а также лечащий врач, постоянно наблюдающий больную (участковый врач, семейный врач, кардиолог). В дальнейшем, в случае возникновения беременности, родов и послеродового периода, этот вопрос должен решаться совместно кардиологом с акушером-гинекологом, а при необходимости с привлечением врачей других специальностей.

В период беременности, повышенная нагрузка на сердечно - сосудистую систему вызывает физиологически обратимые, но достаточно выраженные изменения гемодинамики и функции сердца. Не зная об изменениях гемодинамики у здоровых беременных, невозможна ее адекватная оценка при сердечно - сосудистых заболеваниях. Повышение нагрузки связано с усилением обмена, направленным на обеспечение потребностей плода, увеличением объема циркулирующей крови, появлением дополнительной плацентарной системы кровообращения, с постоянно нарастающей массой тела беременной. При увеличении размеров матки ограничивает подвижность диафрагмы, повышается внутрибрюшное давление, изменяется положение сердца в грудной клетке, что, в конечном итоге, приводит к изменениям условий работы сердца. Такие гемодинамические сдвиги, как увеличение объема циркулирующей крови и сердечного выброса могут оказаться неблагоприятными и даже опасными у беременных с заболеваниями сердечно - сосудистой системы, вследствие наложения их на уже имевшиеся, обусловленные болезнью.

Особого внимания заслуживает довольно частое (в 30-40% случаев) появление у здоровых беременных функциональных систолических шумов на верхушке сердца, над легочной артерией и в третьем левом межреберье около края грудины. Шумы большей частью выслушиваются при горизонтальном положении тела

беременной и могут исчезать при переходе в вертикальное положение. Нередко выслушивается акцент на II тоне легочной артерии. Эти звуковые явления появляются, как предполагают, в результате изменения положения сердца и перегиба легочной артерии и наблюдаются в поздние сроки беременности. Знание этого необходимо для того, чтобы не впасть в диагностическую ошибку и не смешать функциональные шумы с проявлениями органического заболевания сердца.

Изменение гемодинамики у матери оказывает отрицательное влияние на маточно-плацентарное кровообращение, что может вызвать в некоторых случаях возникновение у плода пороков развития, в том числе врожденных пороков сердца. Наиболее важным гемодинамическим сдвигом во время беременности является увеличение сердечного выброса. В состоянии покоя максимальное его увеличение составляет 30-45% от величины сердечного выброса до беременности. Нарастание этого показателя происходит уже в начальные сроки беременности: на 4-8-й неделе он может превышать среднюю величину сердечного выброса здоровых небеременных женщин на 15%. Максимальное увеличение сердечного выброса происходит на 20-24-й неделе; на 28-32-й неделе; 32-34-й неделе. На величину сердечного выброса значительное влияние оказывают изменения положения тела беременной. По мере нарастания сердечного выброса, увеличивается работа левого желудочка и достигает максимума (33-50%) на 26-32-й неделе беременности. К периоду родоразрешения при одноплодной беременности работа левого желудочка приближается к нормальным условиям, а при многоплодной она остается повышенной.

Длительный период беременности сменяется кратковременным, но чрезвычайно значительным по физической и психической нагрузке периодом родов. Резкое возрастание работы левого и правого желудочков отмечается во время родов (30-40%).

Вслед за периодом родов наступает послеродовой период, который не менее важен по гемодинамическим и другим физиологическим изменениям. В раннем послеродовом периоде работа левого желудочка приближается к величине, определяемой в конце срока беременности. Благодаря возрастающему притоку крови к сердцу, уменьшению размеров матки, повышению вязкости крови вновь усиливается работа сердца на 3-4 день после родов. Все это может угрожать женщине с сердечно-сосудистыми заболеваниями развитием декомпенсации кровообращения перед родами, в родах и после них. Акушерке необходимо знать характерные для этих периодов изменения гемодинамики, чтобы отличить физиологические сдвиги от патологических.

Объем циркулирующей крови (ОЦК) увеличивается уже в первом триместре беременности и достигает максимума к 29-36-й неделе. В родах изменения ОЦК обычно не отмечается, но он заметно снижается (на 10-15%) в раннем послеродовом периоде. Однако у женщин, страдающих сердечно - сосудистыми заболеваниями, часто бывают отеки, в том числе так называемые внутренние. ОЦК может увеличиваться за счет поступления в кровеносное русло большого количества внесосудистой жидкости, что может привести к развитию сердечной недостаточности, вплоть до отека легких. Из-за резкого выключения маточно-плацентарного кровообращения, устранения сдавления нижней полой вены сразу после рождения плода происходит быстрое увеличение ОЦК, которое больное сердце не всегда может компенсировать увеличением сердечного выброса. Потребление организмом кислорода во время беременности нарастает и перед родами превышает исходный уровень на 15-30%. Это связано с ростом метаболических потребностей плода и матери, а также с увеличением нагрузки на материнское сердце. Кроме того, выявлена прямая зависимость между массой тела плода и степенью увеличения потребления кислорода матерью. В самом начале родов происходит увеличение потребления кислорода на 25-30%, во время схваток на 65-100%, во втором периоде на 70-85%, на высоте потуг на 125-155%. В раннем послеродовом периоде потребление кислорода все еще остается повышенным на 25% по сравнению с дородовым уровнем. Резкое повышение потребления кислорода во время родов является значительным фактором риска для рожениц с заболеванием сердечно - сосудистой системы.

Говоря о значении сочетания болезней сердца и сосудов с беременностью необходимо отметить, что беременность и обусловленные ею изменения гемодинамики, метаболизма, массы тела (увеличение на 10-12 кг к концу беременности), водно-солевого обмена (за время беременности общее содержание воды в организме увеличивается на 5-6 л, содержание натрия в организме возрастает уже к 10-й неделе беременности на 500-600 ммоль, а калия на 170 ммоль, перед родами в организме накапливается до 870 ммоль натрия) требуют от сердца усиленной работы и нередко отягощают течение сердечно - сосудистого заболевания.

Женщинам, страдающим сердечно - сосудистыми заболеваниями, изменения гемодинамических нагрузок могут угрожать инвалидностью или даже смертью.

При некоторых пороках сердца возрастает опасность возникновения бактериального эндокардита, особенно в предродовом и послеродовом периодах. Изменение гемодинамики может неблагоприятно сказаться на течении заболеваний почек. Кроме того, сердечно - сосудистые заболевания часто осложняют течение

беременности (поздние гестозы, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, преждевременные роды) и родов (быстрые роды, дискоординация родовой деятельности, повышенная кровопотеря и др.). При тяжелых сердечно - сосудистых заболеваниях высока перинатальная детская смертность.

Для правильного ведения беременных с заболеваниями сердечно - сосудистой системы необходимо оценивать так называемый сердечный резерв, который зависит от возраста женщины, длительности заболевания сердца и функциональных возможностей сердечной мышцы. Желательно сердечный резерв установить еще до беременности, а затем регулярно оценивать его при динамическом наблюдении больной. Современная диагностика и адекватное лечение позволяет теперь во многих случаях перенести беременность и роды женщинам с сердечно - сосудистыми заболеваниями.

Присоединение к беременности сердечно - сосудистой патологии всегда чревато угрозой для матери и плода, тем более реальной, чем в большей степени будет выражена эта патология. Это может найти свое выражение как в ухудшении течения сердечно - сосудистого заболевания, так и в возникновении разных осложнений беременности и родов. Для того чтобы правильно оценить состояние здоровья беременной при наличии у нее сердечно - сосудистого заболевания и сделать должные выводы в отношении возможности сохранения беременности, тактики ведения беременности и родов и прогноза для матери и плода, недостаточно знание клинической формы сердечной патологии. Необходимо также знакомство с возможной этиологией этой болезни, степенью активности основного процесса, обусловившего возникновение сердечно - сосудистой патологии, с состоянием компенсации сердечной деятельности.

В борьбе за снижение материнской смертности при сердечно - сосудистой патологии ведущая роль принадлежит женской консультации. Ее основными задачами являются:

- 1) максимальный охват (с ранних сроков беременности) женщин, страдающих сердечно - сосудистой патологией;
- 2) своевременное выявление и правильная диагностика этой патологии;
- 3) своевременная (если нужно - повторная и длительная) госпитализация беременных с органическими заболеваниями сердца при выявлении первых признаков нарушения кровообращения;
- 4) систематическое наблюдение в течение всей беременности, как врача-акушера, так и терапевта.

МЕТОДИКА ПОДГОТОВКИ К УСТНОМУ ВЫСТУПЛЕНИЮ

*Фомина Лариса Николаевна, преподаватель
БПОУ «Чебоксарский медицинский колледж»
Чебоксары, Республика Чувашия*

*Никогда не прекращайте вашей самообразовательной работы
и не забывайте, что, сколько бы вы ни учились, сколько бы вы ни знали,
знанию и образованию нет ни границ, ни пределов.*

Н.А. Рубают

А. Крон в книге «Бессонница», рассказывает, как советский делегат на Первом конгрессе сторонников мира в Париже, в разгар холодной войны, войдя в зал заседаний, услышал свою фамилию. Его представили аудитории и предоставили слово, хотя он еще даже не успел занять место в зале. Идя к трибуне, профессор напряженно думал, как начать выступление. И вдруг увидел над трибуной герб Парижа – качающийся на волнах кораблик. Мгновенно созрело решение.

Как это, симптоматично господа, - что наш конгресс сторонников мира проходит в городе, на гербе которого плывущий корабль. За многие сотни лет корабль этот многократно падал в пропасть между волнами, но каждый раз всплывал, поднимался на поверхность и становился все сильнее, краше и ярче. Так и будет с борьбой за мир. Она будет иметь неудачи, спады, просчеты.

У неё будет множество врагов, но она победит своих противников, окрепнет в борьбе и добьется окончательной победы.

Этапы подготовки.

В рассказанном случае участник конгресса неожиданно нашел выход из трудного положения. Но так бывает очень редко. Хорошая речь, удачное начало выступления – результат тщательной подготовки. Подготовка эта имеет три этапа: речь в себе, речь для себя и речь для слушателей.

На первом этапе необходимо определить главную идею, которая красной нитью через изложение материала, сформулировать для себя целевую установку, центральную мысль выступления. При этом надо помнить, что предлагаемое слушателям должно иметь прикладную ценность, оказывать помощь в решении актуальных задач, быть содержательным и интересным. С этой целью подбирается черновое название выступления, подготавливается яркое, желательно неожиданное начало, намечается структура изложения материала, продумывается концовка разговора.

Серьезный ответственный раздел первого этапа подготовки – подбор фактов общественной и учебной деятельности коллектива, в котором предстоит выступление и фактов-иллюстраций из других учебных заведений и других видов

деятельности. После этого составляется рабочий план предстоящего сообщения.

На втором этапе составленный план наполняется актуальным содержанием. План не имеет готовых фаз. Он включает, если так можно сказать, «намекающий», но не подготовленный к прочтению, отредактированный материал. Он становится проспектом выступления. Проспект строится с учетом требований логики и со строгим соблюдением основных положений, принципов и правил дидактики. Проспект содержит на 20-30% больше материала, чем можно будет изложить в выступлении. При составлении проспекта следует стремиться каждое теоретическое положение подкрепить фактом, примером.

Основной материал делиться на небольшие разделы. Желательно каждому разделу давать соответствующие название, которое будет писаться на доске или повторяться несколько раз, а в конце раздела подводить итог, делать заключение, давать названия и выходные данные рекомендуемых пособий. Преподнесение материала порциями позволяет слушателям усвоить его более прочно.

На этом этапе вся жизнь преподавателя пронизывается мобилизационной готовностью. О предстоящем выступлении он думает даже в часы отдыха. Это позволяет включать в готовящийся материал веские аргументы, яркие примеры, весёлые шутки. А если необходимо, рассказать о найденном материале товарищам или близким и выслушать их критические замечания.

На третьем этапе заканчивается подготовка к выступлению. Намечается способ изложения темы. Он может быть кульминационным, когда суть выступления, главная идея, формула даются в конце выступления; антикульминационным, когда главное даётся в начале изложения темы; пирамидальным, когда основная суть материала предлагается слушателям в середине сообщения. Но главное на третьем этапе — стремление добиться, чтобы проспект не оставался на бумаге, а прочно закрепился в памяти. При небольшом опыте выступлений текст целесообразно повторить несколько раз про себя или вслух.

Сбор материалов.

Важнейший этап подготовки к выступлению — сбор материалов. Сбор материалов — процесс интегративный. Он объединяет несколько источников. Это, прежде всего средства массовой информации; газеты, журналы, теле и радиопублицистика. Это методологическая /философская/, проблемная /научная/, фундаментальная литература. Это, конечно же, художественная литература. А в ряде случаев иностранные, архивные источники, литература по смежным с излагаемым материалом источникам знаний.

Для преподавателя необходимо конспектировать прочитанное, систематизировать отработанный материал и собирать его по разделам в архивные

папки. Такая работа с литературой позволяет быстро собрать необходимый материал для конкретного выступления, написания статьи.

Готовясь к выступлению перед обучаемыми необходимо собрать и проанализировать сведения об их коллективе. Каждое теоретическое положение следует подкреплять фактом, примером. И большинство иллюстраций должно быть «своими», близкими, понятными, т.е. теми, с которыми слушатели постоянно сталкиваются в повседневной жизни. Очень хорошо, если говорящий владеет персонализацией, умением включить аудиторию в свою творческую лабораторию.

В наши дни любая аудитория ждёт не традиционного лектора, а интересного собеседника, готового поделиться своими знаниями, рассказать о пережитом, поделиться мыслями о том, как решить ту или иную житейскую или производственную проблему. Искренность, простота в обращении, доверительный тон, как правило, производят большее воздействие на обучаемых, чем тщательно подобранные теоретические положения и аргументы.

Репетиция выступления.

При любом опыте педагогических выступлений целесообразно репетировать предстоящую встречу с людьми. Очень хорошо несколько раз повторить начало и конец выступления. Это очень значимые для успешного выступления части речи, которые трудно произнести экспромтом. Для тех, кто не обладает драматическим талантом, записать на магнитофон (видеомагнитофон) иллюстрации, шутки, которые вы будете использовать с целью эмоционального воздействия. Если технических средств нет, можно отработать эти приёмы перед близкими или глядя в зеркало.

Репетируя выступление или его отдельные фрагменты хорошо проконтролировать затраченное время по часам. Не следует забывать, что затягивая монолог, мы восстанавливаем любую аудиторию против себя, резко снижаем эффективность самого хорошего выступления.

Если есть возможность, перед встречей с аудиторией надо проверить и подготовить место, предстоящей работы. Сюда входят чистота, нормальная температура и свежий воздух в классном помещении. Немалую роль играют хорошая освещённость, исправный микрофон, правильная расстановка стульев. Желательно, чтобы слушатели разместились более компактно. С компактной аудиторией легче работать. Интенсивность восприятия при таком размещении значительно выше.

Однако хороший педагог должен быть готов к выступлению в любом помещении и при любой аудитории. При тщательной подготовке можно успешно выступить в классной комнате, актовом зале и на городской площади; перед заинтересованной аудиторией и перед возмущенной, бурлящей толпой, стоя за трибуной или сидя в кресле.

Литература

1. Халин С.М. Методика публичного выступления: Учебное пособие. 2-е изд., перераб. Тюмень: Тюменский гос. ун-т, 2006
2. Захаров А., Захарова Т. Как написать и защитить диссертацию/ <http://diss-union.com/infot.php?idd=1&id2=20>
3. Амонашвили Ш.А. Размышления о гуманной педагогике. - М., 2009.
4. Байкова Л.А., Гребенкина Л.К. Педагогическое мастерство и педагогические технологии. - М., 2009
5. Бордовская Н.В. Педагогика. - СПб., 2010
6. Станкин М.И. Профессиональные способности педагога. - М., 2012
7. Все начинается с учителя, /Под ред. З.И. Равкина. - М., 2010
8. Слостенин В.А. Общая педагогика. - М., 2011
9. Анисимов В.В. Основы общей педагогики. - М., 2010
10. Методика подготовки к устному выступлению. // Специалист. – 2005, № 12.

Лечебно-физическая культура при заболеваниях сердечно-сосудистой системы

Хасанова Светлана Филаритовна, преподаватель

Абдрахманова Ольга Роменовна, методист

ГАПОУ РБ «Туймазинский медицинский колледж»

Туймазы, Республика Башкортостан

Реабилитация больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями — одна из самых актуальных проблем здравоохранения, так как сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место среди причин смерти. По данным Всемирной организации здравоохранения, во всех странах мира число их значительно возросло. При этом увеличилось количество пострадавших в возрасте до 45 лет; более того, сердечно-сосудистая патология стала одной из основных причин смерти людей в самом трудоспособном возрасте — от 45 до 64 лет. Кроме того, в развитых странах мира основной причиной инвалидности являются заболевания сердечно-сосудистой системы. По инициативе Всемирной федерации сердца в 1999 году был организован Всемирный день сердца, который проводится в последнее воскресенье сентября.

К болезням сердечно – сосудистой системы относятся: дистрофия миокарда, миокардит, эндокардит, пороки сердца, перикардит, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт миокарда), гипертоническая и гипотоническая болезни, облитерирующий эндартериит, тромбофлебит, варикозное

расширение вен и др. Для многих заболеваний сердечно - сосудистой системы характерно хроническое течение, с постепенным прогрессирующим ухудшением состояния больного.

Возникновению сердечно-сосудистых заболеваний способствуют нерациональное питание, неблагоприятные экологические факторы, а также вредные привычки, стрессовые ситуации, психоэмоциональные перегрузки.

Одной из причин увеличения количества заболеваний сердечно-сосудистой системы является снижение двигательной активности современного человека. Поэтому для их профилактики необходимы регулярные занятия физкультурой, включение в режим дня различной мышечной деятельности.

Применение физических упражнений при сердечно-сосудистых заболеваниях позволяет использовать все четыре механизма их лечебного действия: тонизирующее влияние, трофическое действие, механизмы формирования компенсаций и нормализации функций.

При многих заболеваниях сердечно-сосудистой системы ограничивается двигательный режим больного. Больной угнетён, в его центральной нервной системе преобладают тормозные процессы. В этом случае физические упражнения приобретают первостепенное значение для оказания общего тонизирующего влияния. Улучшение функций всех органов и систем под воздействием физических упражнений предупреждает осложнения, активизирует защитные силы организма, ускоряет выздоровление.

Физические упражнения улучшают трофические процессы в сердце и во всём организме; улучшают кровоснабжение сердца – за счёт усиления венозного кровотока, раскрытия резервных капилляров и развития коллатералей; активизирует обмен веществ. Всё это стимулирует восстановительные процессы в миокарде, повышает его сократительную способность. Физические упражнения улучшают и общий обмен в организме, снижают содержание холестерина в крови, замедляя развитие атеросклероза.

Очень важным механизмом является формирование компенсаций. При многих заболеваниях сердечно-сосудистой системы используются физические упражнения, оказывающие компенсаторное действие через внесердечные факторы кровообращения. Так, упражнения для мелких мышечных групп способствуют продвижению крови по венам, действуя как мышечный насос, и вызывают расширение артериол, снижают периферическое сопротивление артериальному кровотоку. Дыхательные упражнения способствуют притоку венозной крови к сердцу – за счёт ритмичного изменения внутрибрюшного и внутригрудного давления.

Нормализация функций достигается постепенной и осторожной тренировкой, которая укрепляет миокард и улучшает его сократительную способность, восстанавливает сосудистые реакции на мышечную работу и смену положения тела.

Физические упражнения нормализуют функцию регулирующих систем, их способность координировать работу сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма во время физических нагрузок. Таким образом, повышается способность выполнять большой объем работы.

В результате длительного воздействия физических упражнений снижается артериальное давление. В процессе систематической дозированной тренировки увеличиваются тонус блуждающего нерва и продукция гормонов, снижающих артериальное давление. В результате в покое уменьшается частота сердечных сокращений.

При заболеваниях сердца и сосудов физические упражнения совершенствуют адаптационные процессы сердечно-сосудистой системы: усиливают действие энергетических и регенеративных механизмов, восстанавливают нарушенные функции и структуры.

Физические упражнения имеют большое значение для профилактики заболеваний сердечно – сосудистой системы, так как восполняют недостаток двигательной активности. Они повышают общие адаптационные возможности организма, его сопротивляемость различным стрессовым воздействиям, создавая психологическую разрядку и улучшая эмоциональное состояние; развивают физиологические функции и двигательные качества, повышая умственную и физическую работоспособность.

Активизация двигательного режима с помощью различных физических упражнений совершенствует функции систем, регулирующих кровообращение; улучшает сократительную способность миокарда; уменьшает содержание липидов и холестерина в крови; повышает активность противосвёртывающей системы крови; способствует развитию коллатеральных сосудов; снижают гипоксемию.

При наличии заболевания занятия ЛФК оказывают лечебный эффект и приостанавливают дальнейшее его развитие. Строго дозированные, постепенно возрастающие физические нагрузки повышают функциональные возможности сердца и являются важным средством реабилитации.

При хронических заболеваниях, после достижения устойчивого улучшения состояния больного и при отсутствии возможности добиться дальнейшего совершенствования функций сердечно-сосудистой системы, ЛФК применяется как метод поддерживающей терапии.

Таким образом, ЛФК является важным средством профилактики и лечения

сердечно-сосудистых заболеваний, а также реабилитации и сохранения достигнутых результатов.

Методика ЛФК зависит от характера заболевания и вызванных им патологических изменений, от стадии заболевания, степени недостаточности кровообращения, состояния венечного кровоснабжения, функционального состояния больного.

При тяжелых проявлениях заболевания, выраженной недостаточности сердца или венечного кровообращения занятия ЛФК строятся таким образом, чтобы в первую очередь оказать терапевтическое воздействие: предупредить возможные осложнения – за счёт улучшения периферического кровообращения и дыхания; способствовать компенсации ослабленной функции сердца – за счёт активизации внесердечных факторов кровообращения; улучшить трофические процессы – за счёт улучшения кровоснабжения миокарда. Для этого используются физические упражнения малой интенсивности – для мелких мышечных групп, выполняемые в медленном темпе, дыхательные упражнения и упражнения в расслаблении мышц.

При улучшении состояния больного физические упражнения используются в комплексе реабилитационных мероприятий для восстановления работоспособности. Основное значение приобретает систематическая тренировка, т.е. на занятиях происходит постепенное увеличение физической нагрузки, которое достигается: вначале – за счёт большого числа повторений; затем – за счёт увеличения амплитуды и темпа движений; далее – за счёт использования более трудных физических упражнений и исходных положений. От упражнений малой интенсивности переходят к упражнениям средней и затем максимальной интенсивности; от исходных положений лёжа и сидя – к положению стоя. В дальнейшем используются динамические циклические нагрузки: ходьба, работа на велоэргометре, бег.

После окончания восстановительного лечения и при хронических заболеваниях занятия ЛФК применяются с целью сохранения достигнутых результатов лечения – для улучшения кровообращения и стимуляции функций других органов и систем. Физические упражнения и дозировка физической нагрузки подбираются в зависимости от остаточных проявлений болезни и функционального состояния больного. Используются разнообразные физические упражнения.

Для эффективного лечения и реабилитации больных большое значение имеет дозировка физической нагрузки, адекватная состоянию больного. Для её определения приходится учитывать множество факторов: проявления основного заболевания и степень коронарной недостаточности, уровень физической работоспособности, состояние гемодинамики, способность выполнять бытовые

физические нагрузки.

Таким образом, физические упражнения показаны всем людям не только как оздоровительное, но и как профилактическое средство. Особенно они необходимы тем, кто в настоящее время здоровы, но имеют какие – либо симптомы предрасположенности к сердечно-сосудистым заболеваниям. Для людей, страдающих сердечно – сосудистыми заболеваниями, физические упражнения являются важнейшим реабилитационным средством и средством вторичной профилактики. Поэтому, учитывая актуальность проблемы, мы, преподаватели медицинских колледжей, должны особое внимание уделять данной проблеме. При преподавании мы широко применяем современные педагогические технологии, такие как «технология проблемного обучения», «здоровьесберегающая технология», «информационно – коммуникативная технология». В федеральных государственных образовательных стандартах четвертого поколения особое место отводится организации самостоятельной и исследовательской работе студентов. В нашем колледже разработаны все методические рекомендации по организации данных видов деятельности. Мы, совместно с практическим здравоохранением проводим различные акции, проводимые в рамках мероприятий объявляемых всемирной организацией здравоохранения. Например, в День всемирного дня сердца ежегодно проводятся городские акции «Измерь свое давление», в поликлиниках проводятся беседы с пациентами в рамках работы «Школ здоровья», готовится различный современный информационный материал. В школах города проводятся открытые уроки и мероприятия. Члены кружков активно занимаются исследовательской деятельностью по данному направлению. Научно - исследовательские работы студентов неоднократно занимали призовые места в различных конкурсах и конференциях республиканского, регионального и всероссийского уровней.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТОВ

Шиловская Светлана Викторовна, преподаватель

Филиал «Новокуйбышевский медицинский колледж»

ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н.Ляпиной»

Г. Новокуйбышевск, Самарская область

Решение реальных психосоциальных проблем пациентов – это вариативная профессиональная деятельность фельдшера в практическом здравоохранении. Проблемы существуют, потому что от их решения зависит качество оказания медицинской помощи.

Исследование способов работы фельдшера помогает получить информацию об умелом установлении взаимоотношений между медицинским персоналом и пациентами. Этот вопрос занимает очень важное место в программах психологической подготовки фельдшеров. Эта тема имеет непосредственное экономическое значение. Пациенты предпочитают учреждения, где работают высококлассные специалисты, где они будут чувствовать себя более комфортно.

Результаты были получены благодаря коммуникативным способностям и навыкам медицинского персонала кардиологического отделения ММУ НЦГБ.

Выявленные психосоциальные проблемы пациентов:

- пренебрежительное отношение к заболеванию (недооценка тяжести болезни);
- отрицающее (игнорирование факта болезни);
- ипохондрическое (уже упомянутый уход в болезнь);
- стресс;
- одиночество и др. получили варианты решений в деятельности фельдшера, работающего в практическом здравоохранении.

Деятельность медицинского работника требует помощи пациенту в: принятии диагноза, умении жить с кардиологическим заболеванием, обучении правилам ухода за собой, обеспечении знаниями, обучении способам коррекции психологического состояния и профилактики осложнений. Активными профессиональными средствами в кардиологическом отделении стали:

- лекции и индивидуальные беседы;
- визуальная информация (методические пособия, плакаты, книги);
- работа с родственниками.

В исследовательской работе приняло участие 20 пациентов кардиологического отделения. У всех исследуемых пациентов важно было определить психологическое состояние на момент обследования. Средний возраст пациентов: у женщин 62 года, у мужчин - 56 лет. Из всех тестируемых пациентов - 70% оценили свое состояние, как «страх и тревога». Свое заболевание пациенты связывают со следующими факторами:

- женщины: с нервным напряжением и стрессами;
- мужчины: с проблемами на работе.

Даже после выставления им кардиологического диагноза не все пациенты выполняют рекомендации врачей, не поменяли образ жизни. Причина перемен у всех пациентов одна - боязнь повторения приступа и страх за жизнь. Объяснением нелогичного поведения стали результаты, полученные после работы с тестом

Айзенка. С помощью этой методики были определены - психотип и эмоциональная стабильность пациентов кардиологического отделения ММУ НЦГБ. Итоги следующие:

- 13 человек - меланхолики, ригидный тип;
- 5 человек - флегматики, ровный, спокойный;
- 2 человека - холерики, нестабильный тип.

Особенность ригидного типа - в неумении изменить своё мнение, перестроить мышление и поведение, хотя проблемы со здоровьем этого требуют.

В ходе исследований изучались актуальные проблемы пациентов. Среди всех трудностей: снижение активности, нахождение в стационаре, потеря работы лидируют «проблемы в семье» - их отметили 56% пациентов. Частые приступы имеют последствие - плохое настроение. Пациентам рекомендуют испытанные средства: прогулку на свежем воздухе, занятие любимым делом, чтение книг, общение. А 47% пациентов находят удовольствие в общении с любимыми животными.

Полученные сведения позволили сделать выводы, что женщины более активные в плане лечения и обследования, а мужчины не признают болезни при слабо выраженных симптомах. Для них характерно умышленное покрывание заболевания, вытеснение из сознания мысли о болезни, у них есть внешнее отсутствие интереса к обследованию и лечению, нежелание обращаться к врачу или фельдшеру, негативное отношение к процессу лечения.

Полученные сведения позволили сделать следующие выводы: женщины более активные в плане лечения и обследования, а мужчины не признают болезни при слабо выраженных симптомах. Для них характерно умышленное покрывание заболевания, вытеснение из сознания мысли о болезни, у них есть внешнее отсутствие интереса к обследованию и лечению, нежелание обращаться к врачу или фельдшеру, негативное отношение к процессу лечения.

Критерии здоровья человека проявляются в общении с другими людьми особым образом — в готовности отдавать. Отдавать другим людям свои силы в целях устройства их жизни - основа жизни медицинского работника. Организация лечения пациентов и ухода, борьба за их здоровье - основа медицинской профессии. Цель важна - медицинская и психологическая помощь конкретному человеку. Так меняется картина здоровья человека и формируется целостное представление о здоровой жизни.

Роль среднего медицинского работника в профилактике артериальной гипертонии

*Мухамадеев Алмаз, студент 3 курса
Янбухтина Ф.М., преподаватель терапии
ГАПОУ РБ «Туймазинский медколледж»
г. Туймазы, Республика Башкортостан*

В 2013 году темой для Всемирного дня здоровья стала гипертония - болезнь, которой на сегодняшний день страдает около 40% взрослых людей.

В Российской Федерации и в Республике Башкортостан более трети взрослого населения страдает сердечно-сосудистыми заболеваниями. Среди причин смертности населения в 2012г. на первом месте-болезни органов кровообращения (48,5%)

Артериальная гипертония остается самым распространенным заболеванием сердечно-сосудистой системы (РФ - 37,9%, РБ - 41,4). Часто протекая бессимптомно, она играет основную роль в развитии тяжелых осложнений, приводящих к смерти, таких, как острый инфаркт миокарда, инсульт.

В связи с этим была разработана Республиканская целевая программа «Артериальная гипертония» на 2009-2013гг.

Состояние заболеваемости и смертности от АГ и ее осложнений в г. Туймазы и роль среднего медработника в профилактике АГ стало предметом нашей исследовательской работы.

Цели исследования:

1. Изучить структуру заболеваемости АГ и ее основных осложнений по ГБУЗ РБ Туймазинская ЦРБ за 2012-2014гг.
2. Определить роль среднего медицинского работника в выявлении факторов риска АГ и наметить профилактические мероприятия.
3. Проанализировать заболеваемость АГ и ее осложнений по ГБУЗ РБ Туймазинская ЦРБ за 2012-2014гг.

Задачи исследования:

1. Разработать программу профилактических мероприятий
2. Придать значимость роли среднего медработника в профилактике и лечении АГ
- 3.Повысить информированность населения и на этом фоне снизить уровень смертности от осложнений АГ

Методы исследования:

1. Выкопировка сведений из историй болезни.
2. Статистическая обработка данных к/о и н/о отделений

3. Проведение мероприятий по выявлению повышения АД среди населения.

Направления исследовательской работы:

1. этап - изучение и анализ научной литературы
2. этап-изучение историй болезни пациентов, их статистическая обработка, анализ заболеваемости АГ, внедрение здоровье сберегающей программы с целью просвещения населения и определения роли среднего медработника в профилактике АГ.
3. этап - выводы и предложения

Результаты исследования:

На основе анализа историй болезней пациентов была выявлена высокая доля пациентов, находившихся на лечении с АГ, в качестве основного заболевания и сопутствующего: 2012г. – 71,8%, 2013г. – 79,2%, 2014г. – 81,4%.

Основными осложнениями артериальной гипертензии за 2012-2014 годы явились стенокардия, инфаркт миокарда, инсульты. Однако наибольшую инвалидизацию дает инсульт, причем определяется его постоянный рост.

В 2014 г. увеличилось количество больных с инфарктом миокарда на 4,6%, с ОНМК на 43%, причем увеличилось количество пациентов из числа работающих. Из всех поступивших с инфарктом миокарда лиц мужского пола -58%. Летальность от ИМ и инсультами снизилась.

В связи с продолжающимся ростом инфаркта миокарда и ОНМК необходимо усилить роль профилактики АГ для достижения целей, поставленных Правительством РБ в республиканской целевой программе «Артериальная гипертензия» на 2009-2013 гг.

Предполагалось, что выявляемость АГ по РБ за 2012-2014гг. увеличится, а число больных с инфарктом миокарда и инсультами по РБ снизится.

Мы сравнили ожидаемые данные с реальными статистическими результатами по РФ и РБ.

Выяснилось, что число больных с АГ, выявленных впервые, уменьшилось, одновременно уменьшилось и число больных с инфарктом миокарда, а больных с цереброваскулярными заболеваниями (в т.ч. инсультами) увеличилось как по РФ, так и по РБ. В г. Туймазы увеличилось число больных, как с инфарктом миокарда, так и с инсультами.

Достижение желаемых результатов, поставленных в республиканской целевой программе «Артериальная гипертензия» на 2009-2013 гг. возможно только при широком привлечении к решению этой проблемы среднего медицинского персонала, т.к. он располагает большими возможностями для повышения

информированности населения о факторах, способствующих АГ, ее осложнениях, а также раннего выявления.

Нами были намечены следующие профилактические мероприятия по снижению заболеваемости АГ и разработана здоровье сберегающая программа «Снижение риска сердечно-сосудистых заболеваний и смертности».

В рамках этой программы:

1. Силами студентов проводились акции «Узнай свое АД» среди различных групп населения. Выяснилось, что до 39% проверенных имеют повышенное АД, (по РБ - 41,4), 30% знают о своем заболевании, из них 21% лечатся и только 5,7% лечатся эффективно.
2. Подготовлены и распространены среди населения памятки «Профилактика гипертонической болезни»
3. Подготовлены и распространены буклеты «Основы рационального питания», «Ваши враги и Ваши друзья»
4. Оформлены санбюллетни в ЛПУ «Профилактика гипертонической болезни».
5. С целью лучшего усвоения студентами темы АГ оформлен стенд в кабинете терапии медколледжа «Факторы риска ГБ».
6. С результатами исследования выступили на «Круглом столе» в рамках недели терапии в медколледже, а также на Совете медсестер в ЦРБ.
6. Знакомили пациентов с индивидуальными электронными тонометрами, обучали методике измерения артериального давления.
7. Составили дневник наблюдения за АГ, распространили бланки среди пациентов.
8. Распространяли рекомендации Минздрава РБ среди пациентов с впервые выявленной АГ.

Выводы:

1. Заболеваемость АГ в г. Туймазы и по РБ остается высокой, (г. Туймазы - 39%, по РБ – 41,4%) причем многие из пациентов не знают о своем заболевании. Из этого следует необходимость регулярного проведения акций «Узнай свое АД»

2. Доля больных в кардиологическом отделении с АГ высока и наблюдается её рост, что указывает на необходимость адекватного лечения и наблюдения на амбулаторном этапе, что подразумевает активизацию работы фельдшеров ФАП и медсестер

3. Наблюдается рост осложнений АГ, таких как инфаркт и инсульт.

4. В связи с этим средним медработникам необходимо усилить профилактическую работу среди населения с целью увеличения выявления больных АГ, снижение числа инфарктов миокарда и инсультов, и снижение смертности от этих заболеваний.

5. Формировать у населения здоровый образ жизни, информировать о причинах и факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Предложения для практического здравоохранения:

1. Продолжить мониторинг состояния здоровья населения с более детальным обследованием на выявление АГ.

2. Создание эффективной системы профилактики АГ в группах риска.

3. Дальнейшее развитие информационно-пропагандистской системы по борьбе с факторами риска (теле- и радиопередачи, публикации в прессе санитарно-просветительских материалов)

4. Обеспечит активное участие среднего медперсонала в деятельности общественных движений «Трезвый Башкортостан», «Трезвые Туймазы», «Трезвое село», привлекая различные категории населения для снижения одного из наиболее серьезных факторов риска.

4. Совершенствование школ здоровья для больных с АГ.

5. Проводить массовые мероприятия по активному выявлению лиц с АГ с привлечением студентов медицинского колледжа.

6. Разработка и внедрение современных методов профилактики, ранней диагностики, лечение АГ и ее осложнений на основе передовых технологий.

**СТАНДАРТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА
СКОРОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗОМ**

Ярош Людмила Андреевна, преподаватель

Ярош Сергей Николаевич, преподаватель

*ГБПОУ Самарский медицинский колледж им.Н.Ляпиной
филиал «Новокуйбышевский медицинский колледж»*

Гипертонический криз (ГК) - это острое значительное повышение артериального давления (АД) от обычно существующего у каждого конкретного лица его уровня, независимо от того, нормотоник этот пациент или имеет артериальную гипертонию. Артериальная гипертония (АГ) является распространенным заболеванием сердечно - сосудистой системы. Эпидемиологические исследования, проведенные в последние 20 лет в Российской Федерации, свидетельствуют о высокой распространенности пациентов с артериальной гипертонией, осложнением которой является ГК, а иногда и ее первым проявлением. ГК независимый фактор риска сердечно сосудистых заболеваний и их

осложнений, из которых острые нарушения мозгового кровообращения и инфаркты миокарда являются основной причиной инвалидизации и смертности.

В стране ежегодно регистрируется до 400 - 500 тысяч инсультов и инфарктов с летальностью в течение первого года заболевания до 25% пациентов. Увеличение распространенности АГ сопровождается ростом числа ГК, как среди больных стационара, так и в амбулаторной практике. Чаще всего развитие ГК связано с нерегулярным приемом антигипертензивных препаратов, самостоятельной коррекцией терапии. Своевременное и контролируемое лечение артериальной гипертонии позволяет снизить вероятность возникновения ГК. Однолетняя и пятилетняя смертность у пациентов с гипертоническими кризами, при отсутствии адекватного медикаментозного лечения составляет от 70% до 90%. ГК является прогностически неблагоприятным проявлением АГ: до 40% пациентов, перенесших осложненный ГК, умирают в течение последующих трех лет от почечной недостаточности или инсульта.

ГК становятся острой медико-социальной проблемой в 25% случаев, требующей неотложных мероприятий, из них осложненные ГК составляют 24%. Преобразования в системе здравоохранения способствуют разработке и внедрению современных организационных моделей и технологий, повышающих эффективность медицинской помощи. ГК является одной из причин вызовов скорой помощи, а осложненный ГК причиной инвалидизации населения, что является экономически и материально затратным для страны. Для решения указанных проблем представляется целесообразным провести статистический анализ ГК, усовершенствовать организационно - методические подходы в оказании скорой медицинской помощи в г. Новокуйбышевске, оценить эффективность антигипертензивных препаратов с различным механизмом действия, назначаемых при ГК для предотвращения их осложненного течения.

Объект исследования: организация фельдшером оказания скорой неотложной медицинской помощи больным с осложненной и неосложненной формами гипертонических кризов.

Предмет исследования: организационные механизмы, диагностические алгоритмы и лекарственные технологии (стандарты) скорой медицинской помощи, используемые на догоспитальном этапе у пациентов с ГК.

Цель исследования: разработка и внедрение на догоспитальном этапе эффективной стратегии оказания скорой медицинской помощи больным с ГК в г. Новокуйбышевске.

Проанализировав современные литературные источники, мы видим, что купирование ГК как гиперкинетического, так и гипокинетического типа следует

начинать с сублингвального назначения антагонистов кальция кратковременного действия (к примеру, нифедипина, коринфара) в дозе 10-30 мг. Столь же эффективны при приеме под язык ингибиторы АПФ, например, каптоприл в дозе 25-50 мг. При гипертоническом кризе 1-го типа целесообразно использование внутривенной инфузии блокаторов β -адренергических рецепторов (обзидан, брелиблок). При выраженном возбуждении пациента, чувстве страха смерти, а также при «судорожной готовности», используется внутривенное применение дроперидола в дозе 2-4 мл в зависимости от массы пациента (2 мг на 10 кг веса). Помимо нейролептического действия этот препарат обладает собственным выраженным гипотензивным эффектом.

Нередко ГК развивается вследствие прекращения приема гипотензивных лекарственных средств. В частности, если ГК является следствием отмены клофелина, то и снижение АД следует начинать с внутривенного введения данного препарата в дозе 0,15 мг.

Показаниями к госпитализации больных с неосложненным ГК являются: отсутствие эффекта от проводимой терапии, криз, возникший впервые, а также из общественных мест и с улицы. Транспортировка больных с неосложненным гипертоническим кризом осуществляется бригадами любого типа, и только на носилках.

Проанализировав статистические показатели ГК за 2013 год и период с 1.01.2014 по 31.12.2014 года, мы выявили, что частота вызовов скорой медицинской помощи пациентам с ГК растет с каждым годом. В 2013 году количество вызовов составили 3,8% от всех вызовов скорой помощи, а с за.2014 года 4,5 % от всех вызовов, в том числе увеличивается число осложненных ГК.

В 2013 году частота осложненных ГК (64,3%) превышала показатель частоты неосложненных ГК (35,7%), а в 2014 года частота неосложненный ГК составляет 39,7%, а осложненный ГК 70,3% от всех ГК.

По видам осложнения ГК, диагностируемые в 2014 году распределились следующим образом:

1. Острое нарушение мозгового кровообращения 881 вызовов или 74%;
2. Острая сердечная недостаточность 143 вызова 12%;
3. Острая гипертоническая энцефалопатия 61 вызовов 5%;
4. Острый инфаркт миокарда, ОКС 96 вызовов 8%;
5. Острое расслоение аорты, разрыв аневризмы аорты 10 вызовов -1%.

Развитие ГК как осложненных, так и не осложненных зависит от пола пациента (ГК наиболее часто встречается у пациентов мужского пола), возраста пациента (ГК наиболее характерен для пациентов старше 45 лет), от времени года

(активность ГК отмечается в период максимальной солнечной активности). Обращает на себя тот факт, что ГК встречаются все чаще в молодом возрасте и растет число смертельных исходов от ГК.

Действия фельдшера бригады скорой медицинской помощи при оказании помощи пациенту с ГК на догоспитальном этапе:

Оказание помощи пациенту зависит от вида ГК. Что бы определить вид ГК, а также наличие возможных осложнений, необходимо собрать анамнез, провести физикальное обследование, и оценить данные инструментального обследования.

1. Обязательные вопросы: Регистрировались ли ранее подъёмы АД? Сколько лет отмечаются подъёмы АД? Каковы привычные и максимальные цифры АД? Чем обычно субъективно проявляется повышение АД, каковы клинические проявления в настоящее время? Получает ли пациент регулярную гипотензивную терапию? Когда появилась симптоматика и сколько длится криз? Были ли попытки самостоятельно купировать гипертонический криз? Чем раньше удавалось снизить АД?

2. Осмотр и физикальное обследование.

3. Оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания и состояния. Визуальная оценка: положения больного; цвета кожных покровов; сосудов шеи; наличия периферических отёков; исследование пульса, измерение ЧСС; измерение АД на обеих руках; перкуссия сердца; пальпация верхушки сердца. Аускультация сердца; аускультация аорты, аускультация лёгких, уточнение наличия ухудшения зрения, рвоты, судорог, стенокардии, одышки, оценка диуреза; исследование неврологического статуса.

4. Инструментальные исследования. Регистрация ЭКГ в 12 отведениях: оценка ритма, ЧСС, проводимости, наличие признаков гипертрофии левого желудочка, ишемии и инфаркта миокарда.

После проведенных мероприятий определяется тактика оказания неотложной помощи пациенту.

Оказание неотложной помощи.

1. Положение больного — лёжа с приподнятым головным концом.

2. Контроль ЧСС, АД каждые 15 мин.

3. Успокаивающая беседа.

Купирование ГК как гиперкинетического, так и гипокинетического типа начинают с сублингвального назначения антагонистов кальция кратковременного действия (к примеру, нифедипина, коринфара) в дозе 10-30 мг.

Противопоказаниями к применению этих препаратов являются выраженная тахикардия, тяжелый аортальный стеноз, декомпенсация кровообращения.

Купирование ГК как гиперкинетического, так и гипокинетического типа также можно начинать с сублингвального назначения эгилока из группы бета-адреноблокаторов в дозе 25 мг однократно. Столь же эффективны при приеме под язык ингибиторы АПФ, например, каптоприл в дозе 25-50 мг, при наличии противопоказаний к применению эгилока.

В случае недостаточной эффективности от сублингвальной терапии названными препаратами назначается дополнительное лечение.

При гипертоническом кризе 1-го типа препаратом выбора будет обзидан. Медленное внутривенное введение обзидана в дозе 2-5 мг. Введение обзидана должно сопровождаться обязательным контролем уровня АД и ритмом сердца. Обзидан противопоказан при брадикардии, нарушении атриовентрикулярной проводимости, выраженной сердечной недостаточности.

При выраженном возбуждении пациента, чувстве страха смерти, а также при «судорожной готовности» необходимо внутривенное применение дроперидола в дозе 2-4 мл в зависимости от массы пациента (2 мг на 10 кг веса).

Пациентам с недостаточностью кровообращения, хронической почечной недостаточностью, быстро внутривенно вводят 40-80 мг фуросемида.

При преобладании симптомов со стороны головного мозга внутривенно вводят 5 мл 1% дибазола или 5-10 мл 2,4% эуфиллина в сочетании с сублингвальным приемом антагонистов кальция (Нифедипин, Коринфар и т.д.).

Если ГК развился вследствие прекращения приема гипотензивных лекарственных средств, то оказание неотложной помощи начинают с применения этого гипотензивного препарата.

Показаниями к госпитализации больных с неосложненным ГК являются: отсутствие эффекта от терапии; криз, возникший впервые; а также из общественных мест и с улицы.

После анализа карт вызовов за 2013-14 г.г., мы отметили, что оказание медикаментозной помощи на догоспитальном этапе фельдшерами Новокуйбышевской станции скорой медицинской помощи начинается с введения эгилока, который по стандарту находится на 3 месте, после антагонистов кальция кратковременного действия (к примеру, нифедипина, коринфара), т.к. данный препарат имеет ряд противопоказаний. Оказание медикаментозной помощи при наличии осложнений проводится в соответствие со стандартом.

Госпитализация в стационар и правила транспортировки выполняются в соответствие со стандартом.