Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

**«Ейский медицинский колледж»**

**министерства здравоохранения Краснодарского края**



**Студенческая внутриколледжная**

**научно-теоретическая конференция:**

**«Бабушка рядышком с дедушкой…»**

подготовили: преподаватель Кошкалда С. А.

преподаватель Тимербаева И.А.

октябрь

2016

Рассмотрено и одобрено на заседании ЦК

№ \_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2016г

Председатель Сапожникова Н.Г.

**Методическая разработка**

**студенческой внутриколледжной**

**научно-теоретической конференции:**

**«Бабушка рядышком с дедушкой…»**

Провели и разработали

преподаватели высшей категории

Кошкалда С. А.

Тимербаева И.А.

октябрь

2016

Объявление.

03.10.2016г. в 12.00

в конференц – зале поликлиники №2 состоится

студенческая внутриколледжная научно – теоретическая конференция:

«Бабушка рядышком с дедушкой…»

Участвуют группы 304,431

Организаторы: Кошкалда С.А.

Тимербаева И.А.

**Цели конференции:**

**Цели учебные:**

* Повысить качество подготовки студентов.
* Подчеркнуть актуальность сохранения здоровья пожилых людей.
* Углубить и расширить знания по ПМ.05. Медико-социальная реабилитация, специальность «Лечебное дело» и по ПМ.01. Проведение профилактических мероприятий, специальность «Сестринское дело».
* Привлечь внимание студентов к теме сохранения здоровья пожилых людей.
* Закрепить правила оформления мультимедийных презентаций.

**Цели развивающие:**

* развивать умения работы с компьютером;
* развивать навыки выступления перед аудиторией;
* развивать творческий потенциал будущих специалистов;
* расширить кругозор студентов по изучаемым предметам.

**Цели воспитательные:**

* воспитывать бережное отношение к своему здоровью и здоровью будущих пациентов пожилого возраста,
* культуру здорового образа жизни.

**Внеаудиторное занятие** - студенческая научно-теоретическая конференция.

**Место проведения** – конференц - зал поликлиники №2

**Продолжительность:** 60 мин.

**Оснащение занятия:** мультимедийная техника, экран, указка, презентации на компакт-диске.

**Хронологическая карта занятия**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Этапы учебного занятия | Время (минуты) |
| 1. | Вступительное слово преподавателя | 5 |
| 2. | «Биомаркеры здоровья» студентка 431группы Андриенко Анастасия, научный руководитель Кошкалда С. А. | 5 |
| 3. | «Профилактика остеопороза» студентка 304 группы Нененко Ярослава, научный руководитель Тимербаева И.А. | 5 |
| 4. | «Профилактика сердечно – сосудистых заболеваний» студент 431 группы Кондратенко Сергей, научный руководитель Кошкалда С. А. | 5 |
| 5. | 5. «Профилактика климактерического синдрома» студентка 304 группы Литвинова Людмила, научный руководитель Тимербаева И.А. | 5 |
| 6. | 6. «Правила долголетия» студентка 431 группы Ганьжина Екатерина, научный руководитель Кошкалда С. А. | 5 |
| 7. | 7. «Здоровый образ жизни в пожилом и старческом возрасте» студентка 304 группы Иващенко Алина, научный руководитель Тимербаева И.А. | 5 |
| 8. | 8. «Профилактика инсульта» студентка 431 группы Кашкаха Марина, научный руководитель Кошкалда С. А. | 5 |
| 9. | 9. «Профилактика бессонницы в пожилом и старческом возрасте» студентка 304 группы Гудантова Яна, научный руководитель Тимербаева И.А. | 5 |
| 10. | Заключительное слово преподавателя. Вручение дипломов участника. | 15 |

**Формируемые компетенции.**

**ПМ.01. Проведение профилактических мероприятий**

ПК 1.1. Проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения, пациента и его окружения.

ПК 1.2. Проводить санитарно-гигиеническое воспитание населения.

ПК 1.3. Участвовать в проведении профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний.

**ПМ.05. Медико-социальная деятельность**

ПК 5.1. Осуществлять медицинскую реабилитацию пациентов с различной патологией.

ПК 5.2. Проводить психосоциальную реабилитацию.

ПК 5.4. Проводить медико-социальную реабилитацию инвалидов, одиноких лиц, участников военных действии и лиц из группы социального риска.

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

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 7. Брать ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

**План конференции**

1. Вступительное слово преподавателя Тимербаева И.А.
2. «Биомаркеры здоровья» , студентка 431группы Андриенко Анастасия, научный руководитель Кошкалда С. А.
3. «Профилактика остеопороза», студентка 304 группы Нененко Ярослава, научный руководитель Тимербаева И.А.
4. «Профилактика сердечно – сосудистых заболеваний», студент 431 группы Кондратенко Сергей, научный руководитель Кошкалда С. А.
5. «Профилактика климактерического синдрома», студентка 304 группы Литвинова Людмила, научный руководитель Тимербаева И.А.
6. «Правила долголетия», студентка 431 группы Ганьжина Екатерина, научный руководитель Кошкалда С. А.
7. «Здоровый образ жизни в пожилом и старческом возрасте», студентка 304 группы Иващенко Алина, научный руководитель Тимербаева И.А.
8. «Профилактика инсульта», студентка 431 группы Кашкаха Марина, научный руководитель Кошкалда С. А.
9. «Профилактика бессонницы в пожилом и старческом возрасте», студентка 304 группы Гудантова Яна, научный руководитель Тимербаева И.А.
10. Заключительное слово преподаватель Тимербаеава И. А. Вручение дипломов участника конференции.

**Вступительное слово.**

Народная мудрость утверждает, что «старость не радость». Но данный афоризм не учитывает всей сложности и многогранности явления. Это скорее мнение, и как таковому ему может быть противопоставлено иное мнение. Старость только начинает осмысливаться человечеством как возраст, таящий в себе большие резервы и возможности. Это отнюдь не время пассивного отдыха. Возможности находить радости и ценности в жизни не исчерпываются в определенный ее момент, необходимо всегда видеть в себе и в своем окружении новые ценности и привлекательные качества. В этом человека должны поддерживать его близкие, которые могут помочь ему сделать его старость более счастливой, и, конечно, медицинские работники, зачастую имеющие очень высокую эмоциональную значимость для пожилого пациента.

В словаре Сергея Ивановича Ожегова мы находим следующие формулировки: «пожилой» — «начинающий стареть», «старость» — «период жизни после зрелости, в который происходит ослабление организма» и, наконец, «старый» — «достигший старости». В самом общем виде под старением понимают динамические явления, связанные с преобладанием темпов деструктивных процессов над реконструктивными, а старость — достижение некоторого предела этих изменений. Причем изменения происходят не только на биологическом уровне, но и на социальном уровне (человек выходит на пенсию, меняется социальный статус, социальная роль) и на психологическом уровне, когда человек осознает происходящие изменения и приспосабливается к ним.

По данным Всемирной организации здравоохранения, во всем мире наблюдается процесс, который называется «постарением населения», то есть увеличение числа лиц пожилого и старческого возраста. Этот процесс зависит от социальных условий, особенностей труда, двигательной активности человека, индивидуальных свойств организма, условий быта, климата, питания, болезней, факторов наследственности и др. В зависимости от всего этого, а также от отношения человека к себе и другим старость может быть ранней или поздней. Но надо понимать одну простую истину: люди умирают не от самой старости, а от болезней, настигающих человека в пожилом возрасте, которые необходимо и нужно лечить. Конечно, многие болезни невозможно вылечить, но можно улучшить качество жизни и ее продолжительность. Жить долго, сохранив здоровье и творческую активность, — естественная мечта каждого человека.

Общение и работа с пациентами пожилого и старческого возраста, безусловно, имеет свою специфику. И, прежде всего, она обусловлена психологическими особенностями лиц этой возрастной группы. У пожилого человека нарушается память, уменьшается способность ориентироваться в пространстве и во времени, на этом фоне появляются неуверенность и беспокойство. Основными стрессами людей пожилого и старшего возраста можно считать отсутствие четкого жизненного ритма, сужение сферы общения, уход от активной трудовой деятельности, уход человека в себя. Большим стрессом в старости является одиночество. Как проявление невостребованности у некоторых пожилых людей появляются постоянные жалобы на самочувствие, что отчасти, через участие медицинских работников, компенсирует фактор одиночества. Некоторые пожилые люди симулируют ухудшение состояния, дабы привлечь внимание близких.

В этой связи большое значение имеет психологически правильное общение с пожилыми пациентами. В лечении больных огромную роль играет личный контакт, внимание, искренность, любовь и забота. Необходимо избегать споров, конфликтов, резкой критики в разговоре с пожилым человеком. Относитесь к старику как к ребенку: если он бунтует, значит, ему плохо. Важную роль играет поддержание у пациента ощущения собственной значимости, подчеркнуто уважительное, тактичное, деликатное отношение без фамильярности, приказного тона, нравоучений, ориентация на двигательную активность, мотивация на выздоровление.

Основы здорового образа жизни — это отказ от вредных привычек, рациональный режим дня с достаточным отдыхом, сбалансированное и умеренное питание, систематические и умеренные нагрузки, создание позитивного эмоционального фона.

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**среднего профессионального образования**

**«ЕЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**«Биомаркеры здоровья»**

Выполнила студентка 431 группы

Андриенко Анастасия

научный руководитель Кошкалда С.А.

***Октябрь***

***2016***

[Биомаркеры здоровья 3](#_Toc463546856)

[Давление 3](#_Toc463546857)

[Одышка 8](#_Toc463546858)

[Пульс 11](#_Toc463546859)

[Повышенная температура 12](#_Toc463546860)

[Отеки 14](#_Toc463546861)

[Список использованной литературы 16](#_Toc463546862)

# Биомаркеры здоровья

Понятие биомаркера было предложено в 2001 году Национальным институтом здоровья США. Оно формулировалось как характеристика, которую можно объективно измерить, и которая может служить в качестве индикатора физиологических и патологических биологических процессов или фармакологических ответов на терапевтическое вмешательство.

К наиболее известным биомаркерам относятся, видимо, такие давно используемые характеристики, как температура тела,кровяное давление, частота пульса.

В настоящее время понятие биомаркеров достаточно широко. В генетике, например, это последовательность ДНК, которая связана с восприимчивостью к болезни или вызывает заболевание. Биомаркерами являются все результаты медицинских анализов. Иллюстрацией последнего могут быть исследования плазмы крови на наличие белков-биомаркеров аутизма.

Биомаркеры могут представлять собой вещество, чьё обнаружение указывает на конкретное болезненное состояние или присутствие чужеродных организмов. Так, специфические антитела указывают на конкретную инфекцию.

Биомаркером может быть вещество, которое специально вводят в организм. Например, изотоп хлорида рубидия для оценки кровотока при рентгеноскопии.

Несмотря на обилие существующих биомаркеров для диагностики состояния здоровья, постоянно существует потребность в разработке их новых видов, которые могли бы применяться в диагностике и лечении сложных заболеваний.

# Давление

Артериальное давление - величина изменчивая, так как на его уровень влияют многие факторы. Артериальное давление ниже, когда Вы спите или просто лежите. Нагрузки, волнения обычно вызывают временное повышение давления, тогда как отдых и расслабление приводят к нормализации давления.

У здорового человека нормально работают регулирующие системы, в результате чего давление не выходит за пределы нормальных границ. Если бы не существовало этих регулирующих систем, в вертикальном положении вся кровь оттекала бы к ногам, и давление резко снижалось. Однако, когда нарушается нормальная деятельность этих систем, давление вначале периодически, а позже постоянно выходит за границы нормальных значений.

Высокое давление - это достаточно распространённое заболевание, особенно среди женщин после сорока лет. Как болезнь, высокое давление проявляется достаточно медленно. Всё начинается с того, что человек ощущает слабость, головокружение, потом появляется плохой сон, быстрая утомляемость, онемение пальцев, кровь приливает к голове, начинает казаться, что перед глазами мелькают маленькие «мушки».

Данная стадия может длиться в течение нескольких лет. Потом в организме человека появляются почечная и сердечная недостаточность, в мозгу нарушается кровообращение. Если на данной начальной стадии не принять каких-либо серьезных вмешательств и не лечить высокое давление, то возможны серьезные последствия, к ним относят даже инфаркт. При таких последствиях организм может полностью перестать работать, то есть функционировать. На последних стадиях гипертонии человек может даже умереть.

Риску развития гипертонии подвержен практически любой человек независимо от пола и возраста. Более вероятно развитие гипертонии у людей нервных, тревожных или просто эмоциональных. Иногда причиной повышения давления может быть прием различных лекарств, например, противозачаточных таблеток. С возрастом давление также имеет тенденцию к повышению. Но все выше перечисленное - достаточно поверхностный взгляд на проблему. У подавляющего большинства больных не удается определить причину повышения давления, устранение которой привело бы к его нормализации.

В наше время повышенное давление встречается у многих людей. К этому явлению необходимо относиться очень серьезно, поскольку оно повышает риск возникновения инфаркта миокарда, инсульта, грозит нарушениями сознания, развитием почечной или сердечной недостаточности. Кроме того, повышенное давление влечет за собой изменения в стеночках сосудов и сетчатке глаза, что в свою очередь может привести к ухудшению зрения и слепоте.

В нашем обществе на сегодняшний день к повышенному кровяному давлению как к показателю здоровья относятся очень легкомысленно, хотя ежедневно с экранов телевизоров и в специализированных печатных изданиях говорится о том, что это важнейший фактор риска сосудистых и сердечных заболеваний. Исследовательские данные показывают, что у 40% людей в мире кровяное давление повышено, и число это постоянно увеличивается. Мужчины несколько больше подвержены этому недомоганию.

Причина высокого давления – это стрессы и постоянные переживания. Также гипертония может развиться у людей, которые генетически расположены к данной болезни. В развитии гипертонии не последнюю роль играет и окружающая среда.

Чем больше человек будет переживать стрессовых ситуаций, тем больше вероятность того, что у него может появиться гипертония. Если своевременно обратить внимание на гипертонию и начать её лечить, то можно избежать серьезных последствий, но, как правило, люди не замечают симптомов гипертонии и не лечат её ещё в начальной стадии. Даже у здорового человека может наблюдаться повышенное давление в некоторых ситуациях. Но при этом оно не достигает кризисного момента и не является опасным для человека.

Существуют два вида гипертонии. Это гипертоническая болезнь и симптоматическая артериальная гипертензия. Гипертоническая болезнь – это хроническое заболевание сердечно-сосудистой системы. На данный момент так и не удалось точно узнать причины развития данного заболевания.

Повышенное кровяное давление также может быть спровоцировано **большим содержанием в меню насыщенных жирных кислот.** По большей части они присутствуют в пальмовых и кокосовых жирах и животном жире (сметана, масло и прочие). Забывать также не стоит и о скрытых жирах, коими богаты сыр, колбасы, печенье, различные закуски, шоколад, пирожные. Данные продукты весьма калорийны, хотя на первый взгляд могут показаться не жирными.

**К ещё одному фактору риска относится чрезмерное содержание соли в пище.** Во многих продуктах наряду со скрытыми жирами есть и скрытая соль, вследствие чего рекомендуется производить осознанный выбор употребляемых в пищу продуктов. Предпочтение лучше отдать свежим продуктам и не злоупотреблять частично приготовленными и фасованными продуктами. Осознанный отказ от чрезмерно соленых продуктов принес бы огромную пользу здоровью человека.

Употребление соли сверх меры приводит к ухудшению состояния сосудов (они становятся хрупкими и теряют эластичность), образованию структуральных изменений в артериях оказывает сильную нагрузку на физиологические системы. Программы по снижению потребляемой соли, принятые некоторыми странами на государственном уровне, показали очень хорошие результаты.

Давление повышается и от **чрезмерного употребления алкоголя.** Ошибочно считать, что алкоголь способствует понижению давления. В очень умеренных дозах он не влияет на давление, но в больших количествах алкоголь провоцирует ускорение сердцебиения, от чего напрямую зависит артериальное давление. Помимо этого, алкогольные напитки могут содержать биологически активные вещества, способные повлиять на кровяное давление.

**Малоподвижный образ жизни, напряжение, стресс** также могут явиться причиной повышенного давления. В условиях интенсивной рабочей среды, продиктованной реалиями нашего времени, человек должен выполнять огромные объемы работы, ежедневно преодолевать различные трудности. Многие люди занимаются интеллектуальной работой, влекущей за собой эмоциональное перенапряжение. Повышение давления может представлять собой физиологическую реакцию на какую-либо стрессовую или напряженную ситуацию.

Для преодоления ежедневного стресса без ущерба здоровью каждому следует подобрать для себя индивидуальный способ расслабления, который бы позволил вернуть эмоциональное равновесие. Ещё один неблагоприятный фактор – курение. При регулярном курении кровеносные сосуды все время пребывают в тонусе, постепенно утрачивают свою эластичность, подвергаются сужению, кальцинируются, на стеночках образуется осадок и артериальное давление повышается.

Повышенное давление также может быть спровоцировано лишним весом, заболеваниями, строением организма и иными причинами.

К самым главным факторам, из-за которых может развиваться повышенное давление, относят курение, употребление алкоголя, избыточную масса тела, наследственность, а также пожилой возраст, производственные воздействия на человека, в числе которых – шум и вибрации на производстве. Гипертония может развиваться у человека, который перенес заболевание почек, эмоциональные стрессы, черепно-мозговую травму. Также плохо влияет на организм и становится причиной развития гипертонии злоупотребление солью.

Артериальная гипертензия характеризуется повышенным артериальным давлением. При этом у человека возникает головокружение, головные боли, снижается острота зрения. Возможны также сбои в работе сердца, боли в сердце. Также при повышенном давлении ощущается жар, краснота лица или других участков кожи, а конечности тела приобретают пониженную температуру, холодеют.

Человек в большинстве случаев может вовсе не ощущать повышенного давления (в связи с этим его нередко называют «тихим убийцей»). В этом и заключается одна из главных опасностей данного явления. Это может серьезно подорвать здоровье больного и даже угрожать его жизни – в случае возникновения инсульта или инфаркта. Чаще всего высокое давление ощущается в виде чувства тревоги, тошноты, перебоев сердца, болезненных ощущений в области сердца, головокружения, головной боли. При систематических появлениях данных симптомов стоит обратиться к врачу.

Важнейшую роль в контроле давления играют регулярные профилактические проверки.

Высоким артериальное давление считается, если оно выше 160. Причем высокое давление может вызывать головную боль, головокружение, потемнение в глазах. Могут возникнуть боль в сердце, а также перебои в его работе. Повышение давления может также сопровождаться жаром, покраснением лица и повышенной потливостью. В то же время кисти рук, наоборот, становятся холоднее.

Если повышенное давление беспокоит уже давно, то симптомами могут выступать уже слабое кровообращение, отеки, одышка при активной работе, а позже даже в состоянии покоя.

# Одышка

Одышка или диспноэ – это одна из самых частых жалоб, которые предъявляют пациенты. Данное субъективное ощущение часто является одним из симптомов серьезного заболевания органов дыхания или сердечно-сосудистой системы. Оно возникает также при ожирении и анемии. Появляющееся чувство нехватки кислорода может стать поводом для срочного обращения за помощью к врачу. В ряде случаев больной с одышкой нуждается в срочной госпитализации и проведении неотложных мер по поддержанию жизненных функций.

Можно выделить 4 основные причины развития диспноэ:

* сердечная недостаточность;
* дыхательная недостаточность;
* метаболические нарушения;
* синдром гипервентиляции.

Причиной одышки при сердечных заболеваниях, как правило, является повышение давления в сосудах, питающих миокард.

Диспноэ при патологиях сердца нарастает по мере прогрессирования заболевания. На ранних стадиях оно развивается при нагрузке, а при запущенном процессе появляется даже в состоянии покоя.

Обратите внимание: при тяжелых поражениях сердца нередко отмечается ночная пароксизмальная одышка, представляющая собой внезапно развивающийся во сне приступ удушья. Патология известна также как сердечная астма; ее причиной является застой жидкости в легких.

Одышка при патологиях органов дыхания часто бывает хронической. Она может отмечаться у пациента на протяжении месяцев и лет. Такая разновидность диспноэ характерна для хронической обструктивной болезни легких, когда просвет дыхательных путей сужается и в нем накапливается мокрота. У пациента при этом за коротким быстрым вдохом следует затрудненный выдох, сопровождающийся шумом. Параллельно с экспираторной одышкой часто отмечается кашель и отхождение секрета вязкой консистенции. После использования ингалятора с бронхолитическим препаратом, как правило, дыхание приходит в норму. Если купировать приступ с помощью обычных лекарств не удается, то состояние пациента очень быстро ухудшается. Нехватка кислорода приводит к потере сознания. В таких случаях требуется срочная медицинская помощь.

При болезнях инфекционного генеза (острый бронхит и воспаление легких) выраженность одышки напрямую зависит от тяжести патологического процесса. При адекватно проводимой терапии симптоматика купируется за несколько дней. Тяжелая пневмония может стать причиной присоединения сердечной недостаточности. Одышка при этом нарастает. Такое состояние является показанием для срочной госпитализации больного.

Постепенно нарастающее постоянное диспноэ может свидетельствовать о наличии новообразований в легких. Выраженность симптома усиливается по мере роста опухоли. Помимо одышки у больного отмечаются надсадный малопродуктивный кашель, нередко – кровохарканье, общая слабость и кахексия (значительное похудание).

Важно: наиболее опасными патологиями респираторной системы, при которых имеет место одышка, являются токсический отек легких, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)  и местная обструкция дыхательных путей.

При тромбоэмболии имеет место закупорка ветвей легочной артерии кровяными сгустками. Как следствие – часть органа перестает участвовать в акте дыхания. Диспноэ в данной ситуации развивается внезапно, беспокоит при минимальной нагрузке и даже в состоянии покоя. Больной жалуется на стеснение и боль в груди, что напоминает симптоматику приступа стенокардии. В некоторых случаях отмечается кровохарканье.

Причиной одышки может стать и токсический отек, развивающийся вследствие вдыхания агрессивных веществ или же на фоне  инфекционного поражения органов дыхания с выраженной интоксикацией организма. У пациента отмечается усиливающаяся одышка, которая по мере прогрессирования процесса сменяется удушьем. При дыхании хорошо слышны клокочущие звуки. В данной ситуации необходима срочная медицинская помощь, предполагающая поддержание дыхательной функции и детоксикацию организма.

Дыхательная недостаточность развивается при таком остром состоянии, как пневмоторакс. При проникающем ранении грудной клетки воздух поступает в плевральную полость и давит на легкое, мешая ему расправляться на вдохе. Пациенту требуется экстренная операция.

Одышка является одним из симптомов туберкулеза, актиномикоза, а также эмфиземы легких.

Важно: диспное может развиваться при выраженном сколиозе. Причиной затрудненного дыхания и одышки в данном случае становится деформация грудной клетки.

Диспное часто сопровождает такие эндокринные патологии, как сахарный диабет, тиреотоксикоз (заболевание щитовидной железы) и ожирение. При тиреотоксикозе ускоряется метаболизм, вследствие чего возрастает потребность организма в кислороде. Повышение уровня гормонов щитовидной железы увеличивает частоту сокращений миокарда, и сердце не может в нужном объеме прокачивать кровь к другим тканям. Как следствие, развивается гипоксия, заставляющая человека дышать чаще и глубже.

Ожирение существенно осложняет работу легких, сердца и дыхательных мышц, что также ведет к кислородной недостаточности.

Сахарный диабет по мере прогрессирования затрагивает кровеносные сосуды, поэтому все ткани организма начинают страдать от нехватки кислорода. Диабетическая нефропатия ведет к анемии, что дополнительно усиливает гипоксию и становится причиной одышки.

# Пульс

Часто пульс является очень важным фактором. Нормой у каждого человека является от 60 до 80 ударов за минуту. Важно учитывать, что частота может зависеть от разных факторов. Утром всегда сердце работает в замедленном темпе, поэтому пульс по сравнению с вечером меньше. Норма также может колебаться в зависимости от возраста человека, половой принадлежности. Частота меняется из-за сезонных изменений. Летом пульс будет учащенным, зимой, наоборот, замедленным.

Для того чтобы узнать, какой у вас пульс используется пальпаторный метод. С помощью среднего и указательного пальца на правой руке прощупывают лучевую артерию, на которой должны чувствоваться удары пульса. Делать это нужно полминуты, затем умножить на 2. Так получиться количество за минуту.

Немаловажную роль играет дыхание, кроме того, что считаются удары за минуты, нужно учитывать вдохи-выдохи, паузу.

Один цикл должен содержать до 6 ударов пульса. Считается редким, если 3 удара, частым, когда больше 7. Такие показатели указывают на патологические процессы в некоторых органах. Когда показатель дыхательного цикла 1, нужно срочно обратиться к врачу, также, если ускоряется до 10 ударов.

Учитывается равномерность при определении пульса. Когда вы насчитываете 100 ударов, все они должны быть ровными, обратите внимание, какую силу, наполненность, напряженность они имеют. В том случаи, если пульс неравномерный это говорит о серьезном заболевании.

Обязательно нужно принимать меры, если возникает тахикардия, биение сердца ускоряется больше 100 раз за одну минуту. Вызывайте скорую помощь в случае брадикардии, когда пульс меньше, чем 50 ударов за одну минуту, человек при этом состоянии спокоен.

Важно вовремя принимать меры, когда пульс ослабевает, практически его неслышно, это говорит о том, что у человека сердечная недостаточность, которая может закончиться летальным исходом. В том случае, если пульс не является ритмичным, удары происходят через разное расстояние, необходимо проконсультироваться с лечащим доктором.

# Повышенная температура

Температура человека в норме в среднем 36,6 С. Это температура оптимальна для биохимических процессов, происходящих в организме, но  каждый организм индивидуален, поэтому возможно считать нормальной для некоторых индивидуумов и температуру от 36 до 37.4 С ( речь идет о длительно протекающем состоянии и в случае, если нет симптомов какого-либо заболевания).  Для того чтобы поставить диагноз привычно повышенной температуры нужно пройти обследование у врача.

Во всех других ситуациях повышение температуры тела выше нормы говорит о том, что  организм пытается бороться с чем то. В большинстве случаев это инородные агенты в организме - бактерии, вирусы, простейшие или следствие физического воздействия на организм (ожог, обморожение, инородное тело). При повышенной температуре существование агентов в организме становится затруднительным, инфекции, например, погибают при температуре около 38 С.

Но любой организм, как и механизм, не совершенен и может давать сбои. В случае с температурой мы это можем наблюдать тогда, когда организм вследствие индивидуальных особенностей иммунной системы слишком бурно реагирует на различные инфекции, и температура повышается слишком высоко, для большинства людей это 38,5 С. Но опять же для детей и взрослых, имевших раннее фебрильные судороги при высокой температуре (если не знаете спросите у родителей или лечащего врача, но обычно такое не забывается, так как сопровождается кратковременной потерей сознания) критичной температурой можно считать 37,5-38 С.

Длительное повышение температуры на протяжении недели чаще всего связано с воспалительным процессом. В клинической практике высокая температура без проявления других симптомов встречается чаще у пожилых пациентов. Это явление называется в медицинской диагностике «лихорадкой неясного генеза» и относится к достаточно широкому спектру заболеваний:

* инфекционно-воспалительных
* опухолевых
* системных
* внутренних болезней с нетипичным протеканием

Побочным эффектом приема лекарств может быть резкий подъем температуры, необязательно даже в день приема медикаментов. Температура может подняться через несколько суток после приема:

* антибиотиков — тетрациклинов, пенициллинов, цефалоспоринов, изониазида;
* противовоспалительных средств — ибупрофена, толметина;
* йодистых препаратов;
* антигистаминных средств;
* сердечно-сосудистых препаратов — хинидина, альфа метилдопа.

# Отеки

Наверное, практически каждый человек сталкивался с проблемой отечности - к примеру, ног или лица. Но многие ли знают, что причиной постоянных отеков может быть серьезное заболевание? Passion.ru и врач-терапевт рассказывают, что является причиной отеков и как можно с ними бороться.

Человеческий организм - это уникальный по своим характеристикам и возможностям механизм, работать и управляться с которым современный человек только учится.

Просто понаблюдав за собой, можно многое понять о работе своего тела. Любая мелочь может многое рассказать о нашем настроении, желаниях и, конечно же, о нашем здоровье.

При здоровом состоянии организма жидкая часть (плазма) крови имеет выход в межклеточное пространство. При отеках эта функция нарушается и образуется отечная жидкость из плазмы.

Давление, которое осуществляется на стенку сосуда жидкостью, накачиваемой в него сердцем, называется гидростатическим давлением. Если данное давление повышено, то из кровеносного сосуда уходит очень много воды. Такая сила направлена от сосуда. В венах вода возвращается обратно в эти же сосуды, в кровь, поскольку гидростатическое давление отрицательно. При повышенном давлении жидкость в венах начинает накапливаться и некоторое количество жидкости идёт в кровь через лимфатические сосуды. Поэтому иногда белки попадают в кровь из тканей через лимфатические сосуды. При блокировке данного пути возникает отек.

Существует осмотическое давление, которое зависит от количества крупных молекул белков в плазме крови. В крови таких белков намного больше, чем в тканевой жидкости. Они способны задерживать влагу в кровеносном русле и действуют по тому же направлению, что и соли.

При дисбалансе данных трех сил жидкости выходит больше, а возвращается меньше. Поэтому возникает отек. Также при аллергии или сосудистом заболевании меняется проницаемость сосудистой стенки капилляров, и этот факт тоже имеет значение.

На возникновение отека влияет и состояние вегетативной нервной системы, почек, желез внутренней секреции. Перечисленные органы выделяют вещества, которые задерживают в организме соль и жидкость. А это главная причина отеков.

При отеках внешнего характера возникает дефект внешности человека. Если происходит отек ног, то это мешает человеку спокойно жить, он не может нормально носить обувь, ходить, возникают боли, иногда дело доходит до образования трофических язв. Отеки внутренних органов нарушают их рабочую функцию.

# Список использованной литературы

1. Огирко И. В. Рациональное распределение температуры по поверхности термочувствительного тела … стр. 332 // М. – 2012 г.
2. Михайлов В. М. Вариабельность ритма сердца. Опыт практического применения.. — Иваново, 2011. — 183 с
3. Судаков К. В. Индивидуальная устойчивость к эмоциональному стрессу. — М.: НИИ нормальной физиологии им. П. К. Анохина РАМН, 2011. — 82-100 с.
4. Мирошниченко И.И., Птицина С.Н., Биомаркеры в современной медико-биологической практике, Биомедицинская химия, 2013, том: 55(4), 425-440.
5. Н. Н. Зайко, Ю. В. Быць Патологическая физиология: Учебник. 3-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2012—644 с.
6. Материалы для подготовки и квалификационной аттестации по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение». Учебное пособие (под редакцией В. С. Лучкевича и И. В. Полякова). — СПб., 2015
7. Малая энциклопедия врача-эндокринолога / Под ред. А. С. Ефимова. — 1-е изд. — К.: Медкнига, ДСГ Лтд, Киев, 2007. — С. 340. — 360 с. — («Библиотечка практикующего врача»). —5000 экз. — ISBN 966-7013-23-5.
8. Биомаркеры — индикаторы состояния здоровья // Сайт Medinteres.ru, 2 Мар, 2014
9. Рубанович А. В., Сальникова Л. Е. Классификация биомаркеров: маркеры-диагносты и маркеры-классификаторы // Современные проблемы науки и образования — 2012. — № 6. (приложение «Биологические науки»). — C. 24
10. Kashyap, L. Can microRNAs act as biomarkers of aging? Bioinformation 5, 396—397 (2011)

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**среднего профессионального образования**

**«ЕЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**«Профилактика остеопороза»**

Выполнила студентка 304 группы

Нененко Ярослава,

научный руководитель Тимербаева И.А.

***Октябрь***

***2016***

СОДЕРЖАНИЕ

[**ВВЕДЕНИЕ 3**](#_Toc462939499)

[**ГЛАВА I ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА 4**](#_Toc462939500)

[**1.1 Понятие «остеопороз» 4**](#_Toc462939501)

[**1.2 Причины остеопороза 5**](#_Toc462939502)

[**1.3 Симптомы и осложнения остеопороза 6**](#_Toc462939503)

[**ГЛАВА III ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОПОРОЗА 8**](#_Toc462939504)

[**2.1 Питание 8**](#_Toc462939505)

[**2.2 Исключение вредных воздействий 9**](#_Toc462939506)

[**2.3 Физическая нагрузка 9**](#_Toc462939507)

[**2.4 Фармакологическая профилактика 10**](#_Toc462939508)

[**ЗАКЛЮЧЕНИЕ 12**](#_Toc462939509)

[**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 13**](#_Toc462939510)

# ВВЕДЕНИЕ

Всемирная организация здравоохранения видит необходимость в разработке глобальной стратегии контроля заболеваемости остеопорозом, выделяя в качестве главных три направления: профилактика, лечение и обследование.

Чаще всего под профилактикой остеопороза понимают профилактику переломов, которые ведут к преждевременной смерти или утрате трудоспособности, ограничению самообслуживания и ухудшению качества жизни в целом. Поскольку главным фактором защиты от переломов является сохранная минеральная плотность костной ткани (МПКТ), профилактика ее потери служит основным механизмом снижения риска переломов. Однако учитывая, что все люди с возрастом теряют костную массу и этот процесс часто протекает бессимптомно, существует необходимость в выработке критериев для отбора лиц, нуждающихся в профилактических вмешательствах. Профилактическим мероприятиям недорогим и с низким уровнем побочных эффектов отводится приоритетная роль в области здравоохранения.

# ГЛАВА I. ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА

## 1.1 Понятие «остеопороз»

Остеопороз – это заболевание костей, которое характеризуется их повышенной ломкостью. Происходит это вследствие нехватки кальция в организме вообще и в костной системе в частности, что в свою очередь провоцируется нарушениями обменных процессов. Люди с диагнозом остеопороз постоянно подвергают свое здоровье опасности – даже легкий удар об дверь/стол/тумбочку может привести к перелому кости. Ситуации, которые обычны для здорового человека, могут нести потенциальную угрозу для больных остеопорозом.

Скелет человека не только опорная система, но и самый значительный резерв минералов и важнейший орган минерального обмена веществ. Благодаря этому кость представляет собой динамичную живую ткань с высокой чувствительностью к различным регуляторным, контролирующим механизмам, а также к экзогенным и эндогенным влияниям. Главными регуляторами процессов роста, развития и обновления костной ткани служат три гормона: паратиреоидный гормон (ПТГ), D-гормон, образующийся из витамина D в печени и почках, а также кальцитонин — гормон С-клеток щитовидной железы.

Развитие костной массы и формирование скелета проходит в три стадии:

Фаза роста — от зачатия до 20-25 лет. В этот период масса костной ткани увеличивается в среднем на 8% в год.

Вторая фаза — от 20 до 40 лет характеризуется относительным балансом между процессами формирования и резорбции кости. Этот период стабильности костной массы, но, несмотря на прекращение линейного роста, в его первую декаду плотность и общая масса костной ткани продолжают медленно возрастать, достигая пика примерно к 30 годам (величина пика у мужчин примерно на 13% больше, чем у женщин).

В третьей фазе — после 30 лет процессы резорбции костной ткани преобладают над остеогенезом. В этот период у лиц обоих полов до 50 лет происходит незначительная потеря костной массы — 0,34-0,4% в год, которая продолжается у мужчин на уровне примерно 0,4% в год и к 90 годам достигает в итоге 18,9%. У женщин от 50 до 80 лет жизни намного выше — 0,9-1,1%. Общая потеря к 90 годам составляет 32,4%, в среднем 0,65% в год. Максимальная скорость потери костной массы у женщин отмечается в первые 10 лет после менопаузы. Это происходит за счет усиления резорбции костной ткани на фоне дефицита эстрогенов, оказывающих антирезорбтивное действие. В конечном итоге костная масса снижается до порогового уровня, после чего резко возрастает риск спонтанных переломов позвонков, бедренной кости, запястья. Такая форма остеопороза — опасное, трудно обратимое состояние, поэтому очень важна его профилактика. И первый этап профилактики — ранняя оценка степени риска остеопороза для конкретной женщины.

## 1.2 Причины остеопороза

По статистике чаще диагностируется остеопороз у женщин – особенно если имеется гормональный сбой или женщина вступила в климактерический период. В пожилом возрасте происходят естественные изменения в организме, кости становятся менее крепкими, но некоторые люди подвергаются подобным изменениям и в молодые годы.

Существует ряд неизменных причин, которые способствуют появлению симптомов остеопороза:

1. Монголоидная/европеоидная раса человека – по статистике афроамериканцы практически никогда не болеют остеопорозом (диагностирование настолько редко, что не берется во внимание даже при подсчетах мировых значений).
2. Истонченные или ослабленные кости скелета – это может быть связано с врожденными заболеваниями или приобретенными патологиями.
3. Возраст человека больше 65 лет – именно в этот период происходит естественная потеря организмом кальция, которую восполнить удается лишь частично.
4. Наследственный/генетический фактор – остеопороз может быть наследственным заболеванием, но не всегда. При этом, уровень близости родства вообще не играет никакой роли.
5. Принадлежность к женскому полу – гормональные колебания на протяжении всей жизни женщины приводят к остеопорозу в 87% случаев.

Кроме конкретных причин развития остеопороза, врачи выделяют и некоторые факторы риска. Их необходимо знать каждому, чтобы иметь возможность противостоять прогрессированию рассматриваемого заболевания.

К таким факторам относятся:

1. Нарушения в работе пищеварительной системы;
2. Дисфункция поджелудочной железы;
3. Нарушение в работе яичников, их удаление;
4. Климактерический период у женщины;
5. Отсутствие в рационе питания продуктов, богатых витамином D и кальцием;
6. Длительное употребление лекарственных препаратов из группы гормональных;
7. Регулярное злоупотребление алкогольными напитками;
8. Длительное курение;
9. Длительная терапия кортикостероидными и противосудорожными препаратами;
10. Любые заболевания желез внутренней секреции;
11. Нарушения в работе надпочечников.

## 1.3 Симптомы и осложнения остеопороза

Кость начинает истончаться без каких-либо симптомов. Человек может и не подозревать о наличии у него остеопороза, пока не упадёт и не сломает ногу или руку. Конечно, переломы случаются и в молодом возрасте. Только при остеопорозе нагрузка, необходимая для перелома кости гораздо слабее.

Остеопороз также может проявиться болью в спине, уменьшением в росте, сутулой осанкой, деформациями позвоночника, сильной утомляемостью, судорогами в ногах, избыточным зубным налетом, пародонтозом, хрупкость и расслоение ногтей, раннее поседение, учащенное сердцебиение.

Существует надежная система измерения костной массы, при необходимости врач даст нужную рекомендацию.

Осложнения остеопороза:

* частые переломы (патологические), которые в некоторых случаях долго и плохо срастаются
* внешние физические дефекты
* затрудненные движения.

# ГЛАВА III. ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОПОРОЗА

## 2.1 Питание

Наибольшая роль в формировании и поддержании костной массы признается за кальцием. Повышенное потребление кальция в подростковом возрасте способствует достижению более высокой пиковой костной массы и профилактике будущих переломов, а в пожилом возрасте он помогает сохранить целостность костной ткани — резервуар, из которого макроэлемент может быть использован для поддержания уровня его во внеклеточных жидкостях.

Дефицит кальция приводит к снижению минерализации костей. Достаточное поступление кальция с пищей считается важной составляющей любой схемы профилактики и лечения остеопороза. При этом рекомендуется принимать любые препараты кальция в составе пищевых продуктов, в том числе и кальций содержащие продукты. Предпочтительнее естественный путь поступления кальция в составе пищевых продуктов. Наиболее богаты кальцием молочные продукты (молоко, творог, сыр и др.), сухофрукты, орехи, овощи (капуста, сельдерей, лук, оливки) и рыба (консервированная или вяленая).

Суточная потребность в кальции:

* юноши и девушки до 25 лет — 1200-1500 мг/сут.;
* мужчины и женщины 25-30 лет — 1000 мг/сут.;
* женщины в период беременности и лактации — 1900 мг/сут.;
* женщины в постменопаузе — 1500 мг/сут.;
* женщины, принимающие эстрогены — 1000 мг/сут.;
* мужчины и женщины старше 65 лет — 1500 мг/сут.

Помимо кальция, в формировании и поддержании костной массы участвуют такие микроэлементы, как магний, медь, марганец. Магний необходим для активации биохимических реакций при формировании кости. Медь имеет существенное значение для обмена веществ в соединительной и костной тканях. Марганец важен для образования костной ткани, он входит в состав ферментов, необходимых для обмена веществ в хряще и соединительной ткани.

## 2.2 Исключение вредных воздействий

Помимо включения в пищевой рацион кальцийсодержащих продуктов, необходимо исключить воздействие негативных компонентов, таких, как:

1. Фосфаты (при увеличении концентрации они связываются с кальцием, и возникает опасность образования осадка кальция вне костей)
2. Животные протеины
3. Натрий
4. Фториды (при передозировке приводят к повышению хрупкости костей)
5. Жирная пища (угнетает всасывание кальция в кишечнике)
6. Кофеин (выводит кальций с мочой)
7. Алкоголь (подавляет всасывание кальция)
8. Курение (ускоряет резорбцию кости, а также способствует формированию более низкой пиковой костной массы). У женщин-курильщиц раньше наступает менопауза, они имеют меньшую костную массу по сравнению с некурящими. Курение способствует развитию респираторного ацидоза и атеросклеротических изменений в сосудах, питающих позвоночник.

## 2.3 Физическая нагрузка

В клинике при абсолютном постельном режиме деминерализация начинается через 4-6 недель, а через 4 месяца она может достичь 15%. При этом обратное развитие остеопороза будет затруднено — любой интенсивности физические упражнения могут способствовать нарастанию костной массы не более чем на 1-2 %. Правильно организованные физические нагрузки являются важным фактором профилактики инволюционного остеопороза, особенно у пожилых людей, имеющих показания к постельному режиму. У молодых женщин регулярная физическая активность с нагрузкой на весь скелет способствует формированию более высокой пиковой костной массы.

Сходный эффект наблюдается и у женщин в постменопаузе, однако у них после отмены упражнений костная минеральная плотность возвращается к исходному уровню.

Однако чрезмерно интенсивная нагрузка ведет к аменорее, которая сопровождается снижением костной минеральной плотности. Следовательно, только регулярная, умеренная физическая нагрузка способна принять участие в профилактике остеопороза. Помимо влияния на уровень минерализации костей, роль физических упражнений заключается также в укреплении мышц и улучшении координации движений, что важно при профилактике падений — непосредственной причины переломов.

## 2.4 Фармакологическая профилактика

Витамин Д стимулирует всасывание кальция и фосфора в кишечнике; воздействует на процессы резорбции и на процессы формирования кости (посредством блокады секреции ПТГ); увеличивает концентрацию кальция и фосфора в матриксе кости и стимулирует его созревание; воздействует на факторы роста, способствуя повышению прочности костей скелета. Подбор дозы витамина Д3 проводится в течение первых 2 недель под контролем уровня сывороточного кальция; в последующем необходим контроль содержания кальция 1 раз в 2-3 месяца.

Кальцитонин используется при наличии противопоказаний к назначению половых гормонов. Он тормозит резорбцию кости за счет угнетения активности и уменьшения количества остеокластов и увеличивает поступление кальция и фосфора в кость. В клинической практике широко используется синтетический кальцитонин лосося (миокальцик). Рекомендуется вводить 100 МЕ в сутки, подкожно или внутримышечно курсами (10 дней в месяц) в течение 3-6 месяцев.

Бифосфонаты — синтетические аналоги неорганического пирофосфата — эндогенные регуляторы костного обмена, снижающие резорбцию костной ткани. Бифосфонаты связываются с гидроксиапатитом и долгое время удерживаются в местах активного костеобразования, не подвергаясь действию фосфатаз. К этой группе относятся клодронат, эпидронат, памидронат, алендронат (Фосомакс). Назначают эти препараты прерывистыми курсами — по 14 дней 1 раз в 3 месяца. В высоких дозах бифосфонаты могут блокировать минерализацию костей.

Фармакологическая профилактика должна подразумевать индивидуальный подход к каждому пациенту, с учетом сопутствующих заболеваний, динамики ведущего процесса, с учетом оценки процессов ремоделирования костной ткани. Любая программа медикаментозной профилактики остеопороза должна проводиться годами под четким врачебным контролем. Необходимо проводить измерение минеральной плотности кости посредством денситометрии и контроль уровня кальция в крови.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Только комплексное решение проблемы профилактики остеопороза позволит получить значительные изменения в распространенности заболевания и частоте связанных с ними переломов на уровне популяции.

Наиболее простые меры профилактики остеопороза должны включать модификацию питания и формирования здорового образа жизни. Образовательные программы в сфере остеопороза необходимо начинать со школьников 9-12 лет, так как они более других восприимчивы к изменениям в диете и образе жизни и стимулируют к этому своих родителей.

# СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Белаковский М.С. Кальций и потребность в нем человека. Вопросы питания, 1999, № 6, с. 4-8.
2. Беневоленская Л.И. Общие принципы профилактики остеопороза и переломов.//В кн.: Третий Российский симпозиум по остеопорозу, Санкт Петербург, 2000; с.58 60.
3. Дзеранова Л.К., Рожинская Л.Я., Марова Е.И. и др. Профилактика остеопороза. // В кн.: Третий Российский симпозиум по остеопорозу, Санкт Петербург, 2000; с.153.
4. Лесняк О.М Питание и здоровый образ жизни в профилактике и лечении остеопороза. Клиническая медицина, 1998, № 3, с. 4-7.
5. Лукьянчиков В.С., Калинин А.П. Остеопороз. Клиническая медицина, 1997, № 6, с. 20-23.
6. Моисеев С.В. Эффективен ли кальций при остеопорозе у женщин. Клиническая фармакология и терапия, 1997, № 1, с. 52-56.
7. Фалькенбах А. Первичная профилактика остеопении. Медицинская помощь, 1994, № 6, с. 25-28.
8. Франке Ю., Рунге Г.: пер. с немецкого, М., Медицина, 1995. 12.
9. «ОкейДок» [Электронный ресурс]: медицинский портал – Режим доступа к порталу: http://okeydoc.ru.
10. Medlinks.ru. Вся медицина в интернете! [Электронный ресурс]: медицинский портал – Режим доступа к порталу: http://www.medlinks.ru.

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**среднего профессионального образования**

**«ЕЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**«Профилактика**

**сердечно – сосудистых заболеваний»**

Выполнил студент 431 группы

Кондратенко Сергей

научный руководитель Кошкалда С. А.

***Октябрь***

***2016***

**Введение**

Сердечно-сосудистые заболевания - это болезни сердца и сосудов (артерий и вен). К ним относятся; ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь и инсульт, болезни периферических сосудов, хроническая сердечная недостаточность, стенокардия и аритмия и т.д..

Сердечно-сосудистые заболевания безусловно можно назвать эпидемией XXI века. Сердечно-сосудистые заболевания остаются главной причиной смертности в развитых странах. Они являются причиной каждой третьей смерти в мире, что составляет 17 миллионов смертных случаев в год. По прогнозам ВОЗ, к 2020 году количество смертных случаев от сердечно-сосудистых заболеваний в мире достигнет 25 миллионов. По официальным данным, ежегодно в России от сердечно-сосудистых заболеваний умирает около 1млн. 300 тысяч человек. Смертность по этой причине составляет более 55% от числа всех смертей. Среди развитых стран Россия лидирует по данному печальному показателю.

Не только лечение, но в первую очередь грамотная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний поможет снизить число больных, страдающих от ишемической болезни сердца, инсультов и других недугов. Особенно о способах профилактики нужно знать людям из так называемых групп риска.

Существует 4 группы риска сердечно-сосудистых заболеваний:

1. Низкий риск. Мужчины и женщины, которым еще не исполнилось 55 лет, которые имеют артериальную гипертензию 1 степени и не имеют других заболеваний сердечно-сосудистой системы, имеют низкий риск развития сердечно-сосудистых осложнений, который не превышает 15%.

2. Средний уровень. К этой группе относят пациентов, которые имеют факторы риска развития осложнений, в частности, высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина крови, нарушение толерантности к глюкозе, возраст более 55 лет для мужчин и 65 лет для женщин, отягощенный по гипертонии семейный анамнез. При этом поражения органов мишеней и ассоциированных заболеваний не наблюдается. Риск развития кардио-васкулярных осложнений составляет 15-20%.

3. Высокий риск. В эту группу риска относят всех пациентов, которые имеют признаки поражения органов мишеней, в частности, гипертрофию левого желудочка по данным инструментальных исследований, сужение артерий сетчатой оболочки, признаки начального поражения почек.

4. Группа очень высокого риска. К этой группе риска относят пациентов, которые имеют ассоциированные заболевания, в частности, ишемическую болезнь сердца, перенесли инфаркт миокарда, имеющих в анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения, страдающие сердечной или почечной недостаточностью, а также людей, которые имеют комбинацию гипертензии и сахарного диабета.

Профилактика заболеваний является одной и первейших задач медицины, ведь легче предупредить заболевание, чем его впоследствии лечить. Большинство сердечно-сосудистых заболеваний можно предотвратить путем принятия мер в отношении таких факторов риска, таких как употребление табака, нездоровое питание и ожирение, отсутствие физической активности и вредное употребления алкоголя, неконтролируемое артериальное давление и холестерин, и других факторов, с помощью стратегий, охватывающих все население.

**Глава I. Клиника, факторы риска и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний**

**1.1 Клиническая картина сердечно-сосудистых заболеваний**

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

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

Инфаркты и инсульты обычно являются острыми заболеваниями и происходят, главным образом, в результате закупоривания сосудов, которое препятствует току крови к сердцу или мозгу. Самой распространенной причиной этого является образование жировых отложений на внутренних стенках кровеносных сосудов, снабжающих кровью сердце или мозг. Кровотечения из кровеносного сосуда в мозге или сгустки крови могут также быть причиной инсульта. Причиной инфаркта миокарда и инсульта обычно является наличие сочетания таких факторов риска, как употребление табака, нездоровое питание и ожирение, отсутствие физической активности и вредное употребление алкоголя, повышенное кровяное давление, диабет и гиперлипидемия.

Основными факторами риска болезней сердца и инсульта являются неправильное питание, физическая инертность, употребление табака и вредное употребление алкоголя.

Воздействие поведенческих факторов риска на человека может проявляться в виде повышения кровяного давления, повышения уровня глюкозы в крови, повышения уровня липидов в крови, а также избыточной массы тела и ожирения. Оценка этих «промежуточных факторов риска» может проводиться в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, и они могут указывать на повышенный риск развития инфаркта миокарда, инсульта, сердечной недостаточности и других осложнений.

Доказано, что прекращение употребления табака, уменьшение потребления соли, потребление фруктов и овощей, регулярная физическая активность и предотвращение вредного употребления алкоголя снижают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Кроме того, для снижения риска развития ССЗ и профилактики инфаркта и инсульта при диабете, повышенном кровяном давлении и повышенном уровне липидов может быть необходима лекарственная терапия. В целях усиления мотивации людей в отношении выбора и поддержания здоровых форм поведения необходима политика в области здравоохранения, обеспечивающая создание благоприятной среды для возможности здорового выбора и его приемлемости по стоимости.

Для того чтобы люди выбирали и поддерживали здоровые формы поведения, необходима политика по созданию окружающей среды, благоприятной для обеспечения здорового выбора, его доступности и приемлемости по стоимости.

Существует также целый ряд факторов, влияющих на развитие хронических болезней, или основополагающих причин. Они являются отражением основных движущих сил, приводящих к социальным, экономическим и культурным изменениям — это глобализация, урбанизация и старение населения. Другими определяющими факторами для ССЗ являются нищета, стресс и наследственные факторы.

**1.2 Общие симптомы сердечно-сосудистых заболеваний**

Зачастую лежащая в основе заболевания болезнь кровеносных сосудов протекает бессимптомно. Инфаркт или инсульт могут быть первыми предупреждениями о заболевании. Симптомы инфаркта включают:

* боль или неприятные ощущения в середине грудной клетки;
* боль или неприятные ощущения в руках, левом плече, локтях, челюсти или спине.

Кроме того, человек может испытывать затруднения в дыхании или нехватку воздуха; тошноту или рвоту; чувствовать головокружение или терять сознание; покрываться холодным потом и становиться бледным. Женщины чаще испытывают нехватку дыхания, тошноту, рвоту и боли в спине и челюсти.

Наиболее распространенным симптомом инсульта является внезапная слабость в лице, чаще всего с какой-либо одной стороны, руке или ноге. Другие симптомы включают неожиданное онемение лица, особенно с какой-либо одной стороны, руки или ноги; спутанность сознания; затрудненную речь или трудности в понимании речи; затрудненное зрительное восприятие одним или двумя глазами; затрудненную походку, головокружение, потерю равновесия или координации; сильную головную боль без определенной причины, а также потерю сознания или беспамятство.

Люди, испытывающие эти симптомы, должны немедленно обращаться за медицинской помощью.

Ревмокардит — это повреждение сердечных клапанов и сердечной мышцы в результате воспаления и рубцевания, вызванного ревматической лихорадкой. Причиной ревматической лихорадки является аномальная реакция организма на стрептококковую инфекцию. Заболевание вначале обычно проявляется в виде ангины или тонзиллита у детей.

Ревматическая атака поражает, в основном, детей в развивающихся странах, особенно в условиях широко распространенной нищеты. Во всем мире с ревмокардитом связано почти 2% всех случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний.

* Симптомы ревмокардита включают: нехватку дыхания, усталость, нерегулярные сердцебиения, боли в груди и потерю сознания.
* Симптомы ревматической атаки включают: повышенную температуру, боль и опухание суставов, тошноту, желудочные спазмы и рвоту.

**1.3 Деятельность ВОЗ по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний**

Для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними ВОЗ определила ряд «наиболее выгодных» или высокоэффективных с точки зрения затрат мероприятий, практически осуществимых даже в условиях низкой обеспеченности ресурсами. Они включают меры вмешательства 2 видов — для всего населения и индивидуальные меры, которые могут использоваться в сочетании друг с другом для снижения высокого бремени сердечно-сосудистых заболеваний.

Примерами мер, которые могут осуществляться для снижения ССЗ на общенациональном уровне, являются следующие:

* всесторонняя политика борьбы против табака;
* налогообложение с целью снижения потребления продуктов с высоким содержанием жиров, сахара и соли;
* строительство пешеходных и велосипедных дорожек для повышения уровня физической активности;
* стратегии, направленные на снижение вредного употребления алкоголя;
* обеспечение правильного питания детей в школах.

Для профилактики первых инфарктов миокарда и инсультов медико-санитарные меры индивидуального характера должны быть ориентированы на лиц со средним или высоким уровнем общего сердечно-сосудистого риска или тех, у кого отдельные факторы риска, такие как диабет, гипертония и гиперхолестеринемия, превышают уровни, рекомендованные для проведения лечения.

Первые меры (комплексный подход с учетом всех факторов риска) более эффективны с точки зрения затрат, чем вторые, и они способны значительно снизить частоту случаев сердечно-сосудистых нарушений. Этот подход практически осуществим в условиях низкой обеспеченности ресурсами, включая использование неврачебного медицинского персонала.

Для вторичной профилактики ССЗ у лиц с уже имеющимся заболеванием, включая диабет, необходимо проведение лечения с использованием следующих лекарственных средств:

* аспирин;
* бета-блокаторы;
* ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента;
* статины.

Полученные положительные результаты, в основном, не связаны друг с другом, однако, если они применяются в сочетании с прекращением курения, можно предотвратить почти 75% повторных сосудистых нарушений. В настоящее время имеются значительные недостатки в осуществлении этих мер, особенно на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Кроме того, для лечения ССЗ иногда требуются дорогостоящие хирургические операции. К ним относятся:

* аортокоронарное шунтирование;
* баллонная ангиопластика (при которой через артерию вводится небольшой баллонный катетер для восстановления просвета закупоренного сосуда);
* пластика и замена клапана;
* пересадка сердца;
* операции с использованием искусственного сердца.

Для лечения некоторых ССЗ требуются медицинские устройства. К таким устройствам относятся кардиостимуляторы, искусственные клапаны и заплаты для закрытия отверстий в сердце.

Под руководством ВОЗ в 2013 году все государства-члены (194 страны) достигли согласия в отношении глобальных механизмов для снижения бремени предотвратимых НИЗ, включая «Глобальный план действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013-2020 годы». Этот план направлен на сокращение числа случаев преждевременной смерти от НИЗ на 25% к 2025 году с помощью 9 добровольных глобальных целей. 2 из этих глобальных целей непосредственно направлены на профилактику ССЗ и борьбу с ними.

Шестая цель Глобального плана действий в отношении НИЗ предусматривает снижение распространенности случаев повышенного кровяного давления в мире на 25%. Повышенное кровяное давление является одним из основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Уровень распространенности повышенного кровяного давления (определяемого как систолическое и/или диастолическое давление ≥140/90 мм. рт.ст.) в мире среди лиц в возрасте 18 лет и старше в 2014 году составлял около 22%.

Для достижения этой цели необходимо снизить частоту случаев гипертонии путем осуществления общенациональных мер политики, направленных на борьбу с поведенческими факторами риска, включая вредное употребление алкоголя, отсутствие физической активности, избыточную массу тела, ожирение и высокий уровень потребления соли. Для раннего выявления и экономически эффективного ведения случаев гипертонии в целях профилактики инфаркта миокарда, инсульта и других осложнений необходим подход с учетом всех факторов риска.

Восьмая цель Глобального плана действий в отношении НИЗ предусматривает обеспечение, по крайней мере, для 50% людей, имеющих соответствующие показания, лекарственной терапии и консультирования (включая контроль гликемии) для профилактики инфаркта миокарда и инсульта. Профилактика инфаркта и инсульта с помощью комплексного подхода с учетом общего сердечно-сосудистого риска является более эффективной с точки зрения затрат мерой, чем проведение лечения на основе только пороговых значений отдельных факторов риска, и она должна являться частью базового пакета услуг для обеспечения всеобщего охвата медико-санитарной помощью. Для достижения этой цели потребуется укрепление основных компонентов системы здравоохранения, включая финансирование служб медицинской помощи для обеспечения доступа к основным технологиям здравоохранения и основным лекарственным средствам для лечения НИЗ.

В 2015 году страны приступят к установлению национальных целевых ориентиров и оценке достигнутого прогресса в отношении базовых показателей 2010 года, указанных в «Докладе о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2014 год». Генеральная Ассамблея ООН проведет в 2018 году третье совещание высокого уровня по НИЗ для рассмотрения прогресса в достижении странами добровольных глобальных целей к 2025 году.

**1.4 Основные профилактические методы по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний**

Существует огромное количество методов профилактики при заболевании сердца, но обо всём по порядку.

Польза лечебной физкультуры не вызывает сомнений, поскольку, во-первых, при активных занятиях, особенно на свежем воздухе, происходит насыщение клеток и тканей организма кислородом, во-вторых, усиливается кровообращение, укрепляется сердечная мышца. Предпочтительнее аэробные занятия, при которых увеличивается частота сердечных сокращений – ходьба, бег, лыжные прогулки, езда на велосипеде.

Известно, что при атеросклерозе на стенках артерий откладываются липиды и холестерин, приводя тем самым к сужению просвета сосудов и даже к их закупориванию. В профилактике атеросклероза физкультура действует следующим образом. Жировые вещества, потребляемые человеком сверх меры, не оседают в сосудах, а сжигаются организмом во время тренировки, а в крови поддерживается их безопасный уровень, коронарный кровоток увеличивается.

Физические нагрузки зависят от возраста, функционального состояния человека, а также от того, имеются ли у него уже какие-либо заболевания сердечно-сосудистой системы. Те, кто никогда не занимался физкультурой и спортом, должны начать с ходьбы.

Медики выяснили, что минимальная динамическая нагрузка такова: 3 раза в неделю по 30 минут в комфортном темпе. Те, кто занимаются оздоровительным бегом, должны помнить, что в неделю не рекомендуются пробегать более 30-40 км, поскольку в этом случае резервы организма истощаются, падает работоспособность.

Помимо аэробных нагрузок, пользу для организма несет гимнастика. Можно выполнить следующие упражнения:

Вращение сжатыми в кулак кистями, а также ступнями, выставленными на носок (20 раз в одну и в другую стороны);

Ритмичное сжатие-разгибание кистей рук (30 раз);

Повороты корпуса вправо-влево с разведенными в стороны руками (10 раз);

Махи прямой ногой вперед, руки при этом тянутся к носочку (10 махов каждой ногой);

Выпады вперед поочередно каждой ногой (10-20 раз);

Вертикальный подъем ног с целью профилактики болезней сосудов ног (1-2 минуты).

Этот комплекс можно включить в утреннюю гимнастику, или выполнять в любое удобное время. Важно, чтобы помещение было хорошо проветренным, а на человеке находилась удобная одежда, не сковывающая движений. Но есть ряд следующих противопоказаний к занятию физкультурой:

Острые формы миокардита, эндокардита, ревматизма;

Острая сердечная недостаточность;

Инфаркт миокарда;

Нарушение сердечного ритма, сопровождаемого сильными болями в области сердца.

Для правильного построения своих тренировок нужно придерживаться следующих правил:

Любая нагрузка должна начинаться с разминки;

Систематичность предполагает не менее 3 занятий в неделю;

Пульс не должен превышать значения в 120-140 ударов в минуту;

При возникновении головокружений, боли в области сердца или тошноты, занятие прекратить.

Профилактика заболеваний сосудов требует адекватного сбалансированного питания. Одной из главных причин этих заболеваний является недостаточное потребление полиненасыщенных жирных кислот, которые отвечают за липидный обмен в организме. Поэтому употребляйте:

Рыбу, приготовленную на пару или отварную (2-3 раза в неделю);

Авокадо в сыром виде (1-2 плода в неделю);

Льняное масло (2 ст. ложки в день);

Орехи (6-8 штук в день).

Untitled-2Из-за содержания клетчатки, препятствующей усвоению холестерина, а также Омега-3 кислот, следует потреблять зерновые каши – геркулес, гречу, неочищенный рис. Чем грубее помол, тем богаче каша ценными веществами.

Особо ценны и полезны следующие овощи и фрукты:

Тыква

Снижает артериальное давление и приводит в порядок водно-солевой баланс (в состав входят бета-каротин, калий, витамин С);

Чеснок

Снижает тонус сосудов и артериальное давление (в состав входят сульфид водорода, оксид азота);

Рекомендуем дополнительно почитать о глубокой чистке сосудов чесноком и другими народными методами.

Брокколи

Питает сердце и сосуды витаминами и элементами (в состав входят витамины группы В, С, Д, а также калий, железо, марганец);

Земляника

Укрепляет стенки сосудов и борется с анемией (в состав входят фолиевая кислота, медь, железо, йод);

Гранат

Улучшает кровообращение, укрепляет стенки сосудов, разжижает кровь, препятствуя закупорке сосудов (в состав входят антиоксиданты, железо, йод).

Помимо приема полезных продуктов, стоит уменьшить количество потребляемой соли, жирных, жаренных, рафинированных блюд, не несущих в себе никакой пищевой ценности, кроме пустых калорий. Воздержитесь от приема продуктов, содержащих большое количество сахаров – тортов, кремов, молочного шоколада.

Механизм действия стресса на сердечно-сосудистую систему известен: вырабатывается гормон адреналин, который заставляет сердце учащенно биться, а сосуды при этом спазмируются и сужаются. Из-за этого повышается давление, сердечная мышца изнашивается.

Американские ученые выяснили, что сердечно-сосудистая система напрямую связана с мозгом и гормональной сферой. Поэтому если человек испытывает негативные эмоции – страх, гнев, раздражительность, то и страдать будет сердце.

Для профилактики спазмов сосудов по этой причине человеку необходимо:

Чаще бывать на природе, вдали от городской суеты;

Учиться не подпускать близко к сердцу мелкие неприятности, бытовые неурядицы;

Приходя домой оставить все мысли о делах за порогом;

Слушать расслабляющую классическую музыку;

Дарить себе как можно больше позитивных эмоций.

В необходимых случаях принимать натуральные успокоительные препараты, например, пустырник.

Курение и здоровые сосуды несовместимы. Никотин спазмирует сосуды, поэтому артериальное давление повышается. Кроме этого, сосудистые стенки повреждаются, на них откладываются бляшки, которые и являются основной причиной сердчено-сосудистых заболеваний. Страдает мозг курильщика, нарушается память, возможно возникновение паралича. Поэтому для профилактики образования тромбов и разрушения стенок сосудов от курения необходимо отказаться.

Еще одной губительной привычкой является неумеренный прием алкоголя. Этанол действует быстро: под его воздействием эритроциты теряют отрицательный заряд и начинают слипаться друг с другом, ухудшая проходимость сосудов, усиливая свертываемость крови и увеличивая риск образования крайне опасных тромбов. Кислородное голодание испытывают не только органы и ткани, но еще и миокард; сердце начинает биться быстрее, истощая свои ресурсы. Помимо этого этанол вмешивается в жировой обмен, резко повышая уровень холестерина в крови, а он способствует образованию бляшек на стенках сосудов.

Любители горячительных напитков должны знать, что систематическое употребление алкоголя, неважно какого – пива, вина или шампанского, провоцирует замену мышечных слоев миокарда на жировые. Нарушается прием электрических импульсов, падает способность миокарда сокращаться, и это грозит появлением аритмий, ишемии миокарда и другим тяжелейшим последствиям. Вывод один – максимально сократите употребление алкоголя, а если на банкете его не избежать, то просто вместе с ним съедайте как можно больше свежих зеленых овощей.

К вредным привычкам можно отнести и долгое вечернее просиживание перед телевизором или компьютером. Человек, лишающий себя сна, изнашивает свое сердце, ведь и ему требуются периоды отдыха. Для того, чтобы сердце не испытывало перегрузок, рекомендуется спать не менее 8 часов в день, причем это время можно распределять в течение дня.

Заболевания сердца и сосудов могут протекать незаметно, без каких-либо внешних проявлений. Поэтому следует примерно раз в год обследовать свои сосуды и сердце с помощью основных доступных методов.

ЭКГ (электрокардиография). Этот способ основан на фиксации сердечного ритма с помощью специальных электродов. Позволяет выявить нарушения в работе миокарда, внутрисердечную проходимость и т.д.;

Эргометрия. Суть методики состоит в исследовании работы сердечно-сосудистой системы в динамике;

УЗДГ (ультразвуковая допплерография). Используется, в основном, для профилактики болезней сосудов головного мозга. Врач оценивает кровоток в крупных сосудах шеи и головы;

МРТ (магнитно-резонансная томография). С помощью МРТ специалисты определяют проходимость сосудов, наличие в нем тромбов, его анатомию и диаметр. Ее достоинства очевидны: оперативность, точность и безвредность для пациента.

МРА (магнитно-резонансная ангиография). Этот метод является наиболее современным и эффективным, особенно при диагностике состояния сосудов головного мозга, поскольку позволяет получить трехмерное изображение сосудистой сетки исследуемого участка. Если исследуются сосуды тела, то в артерию или вену вводится специальное красящее вещество, благодаря которому снимки получаются четкими и понятными.

Базовое представление о состоянии сердечно-сосудистой системы можно получить при помощи простого измерения пульса. Врач может не только оценить количество ударов в минуту, но и ритмичность сердечных сокращений. Фонендоскоп хорошо передает шумы и тоны в сердце, которые дают информацию о возможных дефектах в работе клапанов сердца.

Какой конкретной метод подойдет именно вам должен определить кардиолог. Чем больше факторов риска, тем более глубоким должно быть исследование. Помимо этого, следует контролировать, во-первых, уровень сахара в крови, во-вторых – уровень холестерина. Повышенное их значение свидетельствует о том, что в организме страдают сосуды.

Исходя из вышесказанного, комплексная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний включает:

* Адекватную физическую нагрузку;
* Здоровое рациональное питание;
* Минимизация стрессовых воздействий на организм;
* Отказ от вредных привычек;
* Регулярное обследование состояния своих сосудов и сердца в медицинских центрах.

**Заключение**

Из данного материала можно сделать вывод, что профилактика сердечно-сосудистых заболеваний является важнейшей отраслью медицины на данный момент. А главным фактором профилактики является здоровый образ жизни человека, в который входит не только занятие спортом, но и отказ от вредных привычек, здоровый сон, отдых и досуг человека, правильное питание, а также контролирование холестерина и веса тела, контроль артериального давления и плановая диспансеризация, избегать стрессовых ситуаций.

**Список использованных источников**

1. Арутюнов Г., Рылова А., Розанов А. и др. Ведение пациента после инфаркта миокарда / // Врач. – 2013. – № 1. – С. 7–11.
2. Бутченко Л. А. Сукиасян Р. Г. / Реабилитация спортсменов с патологией сердечно-сосудистой системы// Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2013. – № 5. – С. 46–47.
3. Волков В. Лечение и реабилитация больных стенокардией в амбулаторных условиях. – М.: Культура, 2015. – с.176.
4. Дуданов И. П. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний// Медицинский академический журнал. – 2012. – Прил. 2. – С. 19–41.
5. Замотаев Ю. Н. Опыт применения программы медицинской и психологической поддержки больных, перенесших кардиохирургические операции / Ю. Н. Замотаев, В. А. Косов, Ю. Н. Манд-рыкин // Терапевтический архив. – 2013. – № 1. – С. 25–28.
6. Сумин А. Н., Хайрединова О. П., Сумина Л. Ю и др. Влияние психотерапии на эффективность восстановления пациентов после перенесенных сердечно-сосудистых заболеваний/ // Клиническая медицина. – 2011. – № 6. – С. 16–20.

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**среднего профессионального образования**

**«ЕЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**«Профилактика климактерического синдрома»**

Выполнила студентка 304 группы

Литвинова Людмила

научный руководитель Тимербаева И.А.

***Октябрь***

***2016***

СОДЕРЖАНИЕ

Введение………………………………………………………………………3

ГЛАВА I климактерический синдром у мужчин и женщин………………5

* 1. Причина возникновения ……………………………………………..5
  2. **Климактерический период подразделяется на несколько этапов….6**
  3. Формы климактерического синдрома по степени тяжести…………6
  4. Изменения систем организма ………………...………………………7
  5. Группы расстройств..7

ГЛАВА II профилактика климактерического синдрома у мужчин и женщин….………………………………………………………………………12

2.1Профилактика у женщин……………………………………………....12

2.2 Профилактика у мужчин………………………………………………14

Заключение………………………………………………………………………16

Список использованных источников…………………………………………..17

**Введение**

Климактерический синдром - комплекс вегетативно-сосудистых, психических и обменно-эндокринных нарушений, возникающих у женщин на фоне угасания гормональной функции яичников и общей возрастной инволюции организма. Он является осложнением естественного течения климактерического периода и наблюдается у 30-60% женщин.

В одном исследовании было показано, что среди женщин в возрасте 45–54 лет у 84% наблюдался хотя бы один классический симптом, из них 45% отметили, что один или два проявления климактерического синдрома представляли для них серьезную проблему. Обычно проявления климактерического синдрома наиболее выражены в течение 12 мес. перед менопаузой, затем в последующие полгода интенсивность снижается. Примерно у 80% женщин через 8-12 мес. после менопаузы симптомы климактерического синдрома исчезают.

Продолжительность жизни населения планеты продолжает увеличиваться; при этом доля трудоспособных людей уменьшается. В некоторых странах продолжительность жизни женщин достигла 80 лет, к 2050 г. этот показатель может превысить 100 лет. Учитывая стремление современного человека к высокому качеству жизни с полноценной трудоспособностью, становится понятным, что эта проблема приобретает не только медицинский и личный характер, но и социальный. Достаточно сказать, что 9 из 10 женщин принимают различные препараты или средства нетрадиционной медицины, чтобы облегчить те или иные проявления климактерического синдрома.

Цель данной работы:

Рассмотреть климактерический синдром у мужчин и женщин как симптомокомплекс, характерезующийся нарушениями различных систем организма.

Задачи данной работы:

Изучить профилактические мероприятия при климактерическом синдроме у мужчин и женщин.

**Глава I Климактерический синдром у мужчин и женщин**

Климактерический синдром у мужчин и женщин возникает и протекает по разному. У женщин в среднем он начинается в 50–51 год. Также климакс бывает ранним – последняя менструация отмечается в 40–44 года. Если же последняя менструация была в 38–40 лет, то говорят о преждевременном климаксе.  
Сам по себе климактерический период – это физиологический период в жизни каждой женщины, который наступает после прекращения менструаций.

Длительность синдрома у мужчины и женщины колеблется в широких пределах: от нескольких месяцев до 5 лет (у трети больных), 5–10 лет (у половины), более 10 лет (редко).

**Существует три вида климактерического синдрома у мужчин:**

* Ранний (возникает от 40 до 45 лет).
* Распространенный или средний (может развиваться от 46 до 60 лет).
* Поздний (наступает после 60-летнего возраста).

**1.1Причина возникновения**

Климактерический синдром связан с изменением гормонального баланса в организме, главным образом, со снижением активности половых гормонов.

У мужчин

Причина проявления мужского климактерического синдрома заключается в недостаточности тестостерона, только 20% мужчин в возрасте от 60 до 80 лет имеют дефицит тестостерона. Он, в свою очередь, воздействует на предстательную железу, половые органы, стимулирует обмен белков, холестерина и жиров, а также отвечает за сексуальные проявления.

У женщин

Связано с физиологическими процессами старения женского организма. В пременопаузе начинает постепенно угасать функция яичников – уменьшается количество яйцеклеток. Они вырабатывают все меньше гормонов: эстрогенов, прогестерона, тестостерона. За счет дефицита половых гормонов менструации у женщины становятся более редкими, а затем, совсем прекращаются. Поскольку гормоны эстрогены регулируют работу многих органов и систем, например мочевой, костной, сердечно-сосудистой и т.д., то снижение их уровня у некоторых женщин постепенно проявляется нарушениями их работы.

**1.2 климактерический период подразделяется на несколько этапов:**

* пременопауза – это период времени от 45 лет до наступления менопаузы;
* менопауза – последняя менструация у женщины;
* перименопауза – это период времени, который включает пременопаузу и 1 год после менопаузы;
* постменопауза – это период времени, который наступает через год после последней менструации у женщины.

**1.3 формы климактерического синдрома по степени тяжести**

легкая форма — число приливов 10—20 раз в течение суток при удовлетворительном общем состоянии и работоспособности женщины;

средняя форма — число приливов 10—20 раз в течение суток, наблюдают выраженные синдромы заболевания (головокружение, головная боль, ухудшение сна, памяти, общего состояния и снижение работоспособности);

тяжелая форма — число приливов более 20 раз в сутки, отмечают значительное снижение работоспособности.

**1.4 изменения систем организма**

При климактерическом синдроме происходят изменения в состоянии гипоталамо-гипофизарно-яйниковои системы выявляется повышение гонадотропинов, проявляющиеся снижением соотношения лютеинизирующего гормона (ЛГ) и фолликулостимулирующего гормона (ФСГ). При определении индекса ЛГ /ФСГ у женщин с КС в постменопаузе выявлено снижение его в два раза по сравнению с таковым у молодых женщин с нормальным менструальным циклом. Установлена прямая зависимость: чем ниже индекс ЛГ /ФСГ, тем тяжелее течение заболевания.

Установлено, что при КС происходят изменения в состоянии гипоталамо-гипофизарно-адренокортикальной системы. У больных с КС средней и тяжелой степени отмечается значительное повышение концентрации АКТГ и установлена связь между тяжестью КС и степенью повышения АКТГ. При КС отмечается увеличение содержания тиреотропного гормона в 2-2,5 раза.

**1.5 группы расстройств**

Различают несколько групп расстройств и нарушений при климактерическом синдроме:

У женщин

1. Вегето-сосудистые (вазомоторные) нарушения: приливы жара к голове, потливость, ознобы, сердцебиение, боль в области сердца, головокружение, чувство онемения в руках и ногах, головная боль, изменения артериального давления (гипотония или гипертония).
2. Эмоционально-психические расстройства: перепады настроения, бессонница, сонливость, ослабление памяти, плаксивость, раздражительность, забывчивость, невнимательность, чувство страха, беспокойство, депрессия, быстрая утомляемость с пониженной работоспособностью, снижение полового влечения, суицидальные мысли, в тяжелых случаях  — галлюцинации.
3. Изменения в половых органах и мочевыделительной системе: сухость, зуд и жжение во влагалище, боль при половом сношении, опущение стенок влагалища и матки, учащенное мочеиспускание, недержание мочи, боль в мочевом пузыре и др.
4. Изменения кожи и ее производных: морщины, сухость, истончение и выпадение волос, ломкость ногтей.
5. Поздние обменные и эндокринные нарушения: ожирение, атеросклероз остеопороз, сердечно-сосудистые заболевания, болезнь Альцгеймера.

Приливы — типичная, ранняя и наиболее постоянная жалоба, которую больные описывают как внезапное ощущение жара в области лица, шеи, распространяющееся по телу и длящееся обычно 1–3 минуты. Как правило, женщины отмечают приливы в течение от 6 мес до 2 лет, но у некоторых они сохраняются более 10 лет. Среди больных климактерическим синдромом приливы наблюдаются более чем у 90%. Частоту приливов рассматривают как показатель выраженности этого синдрома (легкая форма — до 10 раз в сутки, средняя — 10–20, тяжелая — более 20). Обычно приливы сопровождаются потливостью, сердцебиением, тревожностью, удушьем, головокружением, ознобом. Чаще они возникают ночью, при эмоциональном перенапряжении, в жаркую погоду, после употребления горячих напитков, острой пищи, алкоголя и даже нахождения в теплом помещении.

Все указанные выше симптомы объясняются дефицитом эстрогенов и наблюдаются в самых различных сочетаниях. Широкий спектр изменений обусловлен наличием рецепторов к эстрогенам во многих органах и тканях: половых органах, мышцах тазового дна, молочных железах, в клетках сердца и сосудов, головного мозга, костей, в гортани, слизистой рта и глаз (конъюнктиве).

Обычно с 40 лет менструации становятся более длительными или короткими, скудными или обильными, нерегулярными — более или менее частыми. В редких случаях ритм и характер менструаций не нарушаются до самой менопаузы.

Атрофический вульвовагинит (или сенильный, старческий кольпит) сопровождается сухостью, жжением и зудом во влагалище, болью при половых сношениях. Наступает атрофия наружных половых органов и молочных желез. Атрофические изменения мочевого пузыря и уретры ведут к недержанию мочи при напряжении, боли в области мочевого пузыря (цисталгия), болезненному и учащенному мочеиспусканию. Эти изменения мочеполовой системы в отсутствие лечения прогрессируют. В постменопаузе увеличивается частота опущения и выпадения половых и тазовых органов (стенок влагалища, матки, мочевого пузыря, прямой кишки), что также объясняется дефицитом эстрогенов (связки матки и мышцы тазового дна содержат рецепторы к этим гормонам).

В коже содержится большое количество коллагена, количество которого существенно уменьшается в пери- и постменопаузном периодах. В результате кожа истончается, становится сухой, появляются морщины, особенно на лице и руках.

Снижение эстрогенов в климактерическом периоде увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний, о чем свидетельствует немало наблюдений. Мужчины, у которых содержание эстрогенов по сравнению с женщинами очень низкое, до 50 лет в несколько раз чаще переносят инфаркт миокарда. К 70-летнему возрасту заболеваемость среди лиц обоего пола одинаковая.

Остеопороз представляет серьезную медицинскую и социальную проблему. Уменьшение плотности костей делает их более хрупкими. Заболевание часто протекает бессимптомно и не проявляется годами до возникновения переломов в постменопаузном периоде, обычно в области бедра, запястья и позвонков.

С климактерическим периодом связано развитие болезни Альцгеймера, встречающейся примерно у 15% людей старше 80 лет, хотя заболевание может начаться у взрослых в любом возрасте. При болезни Альцгеймера наступает атрофия коры головного мозга, гибель нейронов коры и подкорковых структур, что сопровождается исподволь развивающимся снижением памяти с последующей медленно прогрессирующей деменцией.

У мужчин

Первые признаки наступления климактерического периода отражаются на изменении состояния организма в целом:

повышенная утомляемость, снижается работоспособность, пропадает интерес к жизни; раздражительность; чрезмерная мнительность; головокружение; нарушения сна; частые депрессии; повышенное потоотделение.

Самые распространенные симптомы мужского климакса: нарушения сердечной функции (аритмия, учащенное сердцебиение); внезапные приливы к голове, шее и рукам, которые проявляются покраснением кожи на этих местах; сильные изменения артериального давления как в меньшую, так и в большую сторону; мучительные головные боли; одышка, нехватка воздуха; периодически появляется колющая, ноющая или давящая боль в сердце, отдающая в левую лопатку или руку (болевые ощущения возникают в любое время суток, независимо от физических нагрузок).

Для мужского климакса характерно расстройство половой функции. Как правило, нарушения в половой системе развиваются достаточно медленно, поэтому на начальном этапе могут быть незаметны: ускоренная эякуляция; уменьшение продолжительности полового акта; нарушение оргазма или полное его отсутствие; уменьшение количества эякулята; снижается половое влечение. Есть еще несколько факторов, характеризующих мужской климактерический период. Симптомы у многих мужчин проявляются в форме различных расстройств мочеиспускания: учащенное мочеиспускание; снижение силы мочевой струи; тяжесть внизу живота и в паху. Время появления климакса и выраженность его симптомов зависят от образа жизни, общего состояния организма и от степени активности сексуальной жизни.

**Глава II. Профилактика климактерического синдрома у мужчин и женщин**

**2.1 Профилактика у женщин**

**Правильное питание в климактерическом периоде**очень важно. Вообще-то оно важно в любом периоде жизни женщины – как мера профилактики ожирения, заболеваний печени, желудочно-кишечного тракта, а также патологического климактерия. В климактерическом периоде рациональное питание – один из методов лечения. При этом необходимо соблюдать 3 фактора:

1. режим и кратность питания (питание должно быть дробным – 5–6 раз в сутки, через 3–3,5 часа);
2. рациональный выбор пищевых продуктов;
3. правильно подобранная калорийность пищи.

Одним из характерных симптомов климактерия является увеличение (или, реже, уменьшение) массы тела, поэтому диетотерапия необходима практически всем женщинам в климактерическом периоде.

В настоящее время в литературе приводятся многочисленные варианты разгрузочных диет. Выбор диеты должен быть обусловлен состоянием здоровья и наличием тех или иных заболеваний, характером ожирения, да и просто вкусами женщины: та диета, которая переносится легче и с удовольствием, быстрее приведет к успеху.

Всем женщинам в период климакса рекомендуетсяограничить потребление:

* соли (не более 1,5 г/день),
* сахара,
* жидкости (до 1–1,5 л свободной жидкости в сутки в виде чая, лучше зеленого, компотов, киселей, кисломолочных продуктов);
* количество хлеба и мучных продуктов (перейти вообще на хлеб грубого помола);
* экстрактивных (мясных) супов – лучше овощные супы и щи;
* острых приправ,
* продуктов с большим количеством холестерина (шоколад, яйца, мясо гусей, уток, свинина).

Предпочтительными продуктамипитания являются:

* сырые овощи и фрукты,
* отварная говядина,
* простокваша, творог,
* белковые омлеты,
* геркулесовая и гречневая каши.

Из рациона надо исключить торты, пирожные, сдобное тесто.   
Последнийприемпищи в течение дня должен быть не позднее 19.00 час..  
Целесообразно 1–2 раза в неделю проводить разгрузочныедни: кефирный – 1,5–2 л кефира в день, мясной – 400–500 г мяса плюс 200 г овощей, яблочный – 1,5–2 кг яблок несладких сортов.

При любых формах патологического климакса необходимо принимать витамины, особенно в зимне-весенний период.

Витамин А**.** Гиперэстрогения (дисфункциональные маточные кровотечения с гиперплазией эндометрия и с мастопатией) требует приема витамина А, так как он уменьшает чувствительность молочной железы и половых органов к эстрогенам, является противоопухолевым, а также благотворно влияет на кожу и слизистые, повышает эластичность кожи, уменьшает сухость. Витамин Е***.*** Теоретически обоснованным является использование в климактерическом периоде витамина Е, так как он усиливает действие эстрогенов и прогестерона на организм, а также активизирует ЛГ и подавляет ФСГ, т. е. ликвидирует причину климакса. Также витамин Е оказывает гипотензивное действие (снижает артериальное давление), поэтому его хорошо применять при гипертонической болезни в сочетании с другими препаратами.

Витамин Е хорошо влияет на кровообращение, укрепляя сосудистую стенку капилляров, улучшая таким образом капиллярное кровообращение и питание тканей.

Учитывая весенне-осеннее сезонное обострение климактерического синдрома, с профилактической целью даже здоровым женщинам необходимо в этом периоде (после сорока лет) проводить поливитаминную терапию. Тем, кто принимает витамины А и Е отдельно, надо чередовать эти курсы с курсами поливитаминов (чтобы не было передозировки), особенно при расстройствах сна, эмоциональных и физических .

Витамины В и С***.*** У пожилых людей повышается и потребность в витаминах группы В и С. Вообще пожилой организм не способен ни производить, ни накапливать витамины микрофлорой кишечника, поэтому витамин С нашему организму нужен ежедневно и в больших количествах. Сырые овощи, фрукты и зелень в сезон компенсируют его недостаток, но в зимне-весеннее время его явно недостаточно.

Так же в профилактику входит

* контроль массы тела;
* регулярные физические нагрузки;
* закаливание организма;
* исключение чрезмерных физических и психоэмоциональных нагрузок;

Своевременное и достаточное лечение инфекционно-воспалительных и простудных заболеваний.

Соблюдение схемы приема гормональных препаратов.

Регулярное посещение гинеколога (2 раза в год).

**2.2 Профилактика у мужчин**

Возрастное снижение физической активности и интенсивности метаболических процессов приводит к уменьшению энергетических потребностей. Если при этом не изменяется характер питания, то отсутствие сбалансированности между калорийностью потребляемых пищевых продуктов и энергозатратами организма повлечёт за собой увеличение массы тела, и впоследствии ожирение. В этом случае назначается субкалорийная диета с пониженным содержанием жиров и углеводов, богатых белками, полноценная в отношении содержания минеральных солей, микроэлементов и витаминов. Следует рекомендовать разгрузочные дни, не ограничивая при этом физической нагрузки. Важно устранить запоры, нормализовать функции кишечника.

Рекомендуется употреблять продукты, которые содержат витамин Е (зелень салата, орехи, злаки). Употреблять продукты, которые содержат большое количество клетчатки (хлеб из муки крупного помола, каши, фрукты, отруби). Необходимо снизить употребление солей, углеводов, копченостей. Регулярно посещать врача для профилактического осмотра. Вовремя обращаться за медицинской помощью в случае появления проблем со здоровьем. Соблюдать все назначения врача. Стараться проводить больше времени на свежем воздухе, совершая пешие прогулки. Поддержание сексуальной активности очень важное условие успеха во всех терапевтических мероприятиях. Необходимо сохранить и максимально поддержать сексуальную активность больного.

Укрепление и сохранение психического и эмоционального равновесия представляется весьма важной задачей, учитывая, что именно нарушения данной сферы составляют ведущий компонент климактерического синдрома. Рациональная психотерапия должна быть обязательной составной частью лечебного комплекса. Необходимо оптимально использовать возможности по нормализации межличностных отношений с женой, психологического климата в семье, отношения больного к возникшим изменениям самочувствия и состоянию здоровья. Необходимо создать у пациента оптимистического настроя, вселить уверенность в себе.

**Заключение**

В ходе подробного изучения данной темы, в заключение хотелось бы сказать, что климактерический синдром в целом можно рассматривать как период сложной возрастной перестройки в первую очередь нейрогуморальной регуляции связанной с угасанием репродуктивной функции. Климактерический синдром (КС) возникает как у женщин, так и у мужчин, но у мужчин он наступает позже, развивается медленнее. У женщин же КС протекает раньше острее, и гораздо ярче выражен, что обуславливает удобство его исследования и проведения профилактических мероприятий направленных на сохранение и укрепление здоровья пациентов.**Список использованных источников:**

1. Майкл Т. Макдермотт. Секреты эндокринологии. Стр.342-346., Москва, "Издательство Бином", 1998
2. Радзинский В. Е. Женская консультация. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2010
3. https://nebolet.com/bolezni/klimax.html
4. http://ginekolog-i-ya.ru/klimaktericheskij-sindrom.html
5. Слепышева Э.И., Лопырина Г.А. Современные особенности климактерия у женщин.// Акушерство и гинекология. – 1986, № 5, с. 38 – 40.

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**среднего профессионального образования**

**«ЕЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**«Правила долголетия»**

Выполнила студентка 431 группы

Ганьжина Екатерина

научный руководитель Кошкалда С. А.

***Октябрь***

***2016***

План.

1. Основные правила ЗОЖ
2. Режим дня
3. Закаливание
4. Рациональное питание
5. Двигательная активность
6. Санаторно-курортное лечение

**1. Основные правила ЗОЖ**

Правила долголетия включают в себя несколько важных пунктов, к ним относятся:

* Соблюдения режима дня
* Закаливание
* Соблюдение режима питания
* Двигательная активность
* Отказ от вредных привычек

**2. Режим дня**

* ограничение физических и психо-эмоциональных нагрузок, напряжённой умственной работы;
* в течение дня выкроить время для отдыха (прилечь после обеда на 30-40 мин., хорошо бы с последующей прогулкой в течение 30-60 мин.),
* спите с открытой форточкой, в крайнем случае – чаще проветривайте помещение и особенно хорошо — перед сном
* нормализация сна: установлено, что у каждого человека своя норма длительности сна, но  женщинам требуется на 1,5 часа больше, чем мужчинам, а по мере старения организм нуждается в   увеличении продолжительности сна (примерно 7-8 часов)
* перед сном полезно принять водные процедуры: тёплый (37-38ᵒ) душ или не горячую (37-38ᵒ), непродолжительную ванну (10-15 минут) хвойную, ароматическую или пенную (по индивидуальному выбору).

**3. Закаливание**

Приучает к перепадам температур, усиливает иммунную защиту:

* контрастный (шведский) душ – чередование приятно горячего и приятно холодного воздействия воды в течение 20 минут,
* воздушные ванны, регулярный отдых на природе.

**4. Рациональное питание**

Это здоровый образ питания, формирование здоровых привычек и вкусов. Основное правило : энергетическая ценность пищи, которая выражается в калориях, должна соответствовать энергетическим потребностям организма и быть адекватной физической активности. Если потреблять калорий больше, чем тратить, то  неизбежно возникнет ожирение. Переедание всего на 50-200 ккал в сутки неуклонно ведет к увеличению массы тела. Для того чтобы похудеть, необходимо снизить суточную калорийность пищи на четверть или треть. Оптимальная пищевая нагрузка для похудания – это 1500 – 1800 ккал в сутки. Но помните, в пожилом и старческом возрасте организм не тот, что в молодости. Поэтому прежде, чем начать худеть, необходимо посоветоваться с врачом, который вас наблюдает, и с ним установить количество калорий вашего дневного рациона. Помните, голодание при ожирении противопоказано даже в молодом возрасте. При голодании быстро худеют, но и быстро вновь набирают утраченные килограммы. Голодание отрицательно сказывается на здоровье.

Пища состоит из белков, жиров, углеводов, воды. Источниками энергии являются углеводы, белки и жиры. Именно они содержат калории: 1 г. белка дает 4 ккал, 1 г. углеводов – 4 ккал, 1 г. жиров – 9 ккал. Рекомендуемое распределение основных компонентов в суточной калорийности : 15% белков, 60% углеводов, 25% жиров. Суточную потребность человека в белках обеспечивают 400 граммов нежирных продуктов, содержащих белок: нежирные сорта мяса и рыбы, белое мясо птицы; нежирные сорта молока, творога и сыра, бобовые и грибы. Основными источниками энергии для организма являются углеводы, они составляют 60% энергетической ценности пищи. Углеводов много в овощах, фруктах, хлебных и мучных изделиях.

При этом в пожилом и старческом возрасте по возможности нужно избегать быстроусвояемых углеводов (сахар, мед, варенье, кондитерские изделия, виноград, бананы, соки, финики) и отдавать предпочтение медленноусвояемым углеводам с более высоким содержанием клетчатки (клетчатка – это неусвояемый углевод) : это крупы (гречневая, овсяная, перловая), овощи, фрукты (яблоки, груши, сливы, цитрусовые). Важный фактор уменьшения массы тела и поддержания её на достигнутом уровне – это адекватная физическая активность.

Помните, что ходьба – это самый простой и эффективный вид физических упражнений. Сочетание ходьбы и рационального питания с пониженным содержанием жира – прекрасный способ избавиться от лишнего веса. Один час ходьбы потребляет энергию в 300-350 ккал, а лыжная прогулка 390-500 ккал/час. Начинайте с медленных прогулок, постепенно увеличивая их продолжительность и скорость. В пожилом и старческом возрасте желательно не менее часа ходьбы в день, и лучше, если это будут прогулки на природе ( в парке, на берегу реки и др.).

Ходьба заставляет работать мышцы, жир сжигается более эффективно. Но помните, прогулки должны доставлять радость, а не быть в тягость. Если вам  трудно ходить пешком, то посоветуйтесь с врачом, прежде чем увеличивать активность. Если у вас имеются заболевания сердца, сахарный диабет, артериальная гипертензия, болезни суставов или другие заболевания. Обязательно согласуйте с врачом программу ваших физических упражнений.

**5. Двигательная активность.**

В развитии духовных и физических сил человека, в укреплении его здоровья исключительно важную роль играет физкультура. В пожилом возрасте физическое движение является фактором, противодействующим преждевременному увяданию организма.

Систематическая двигательная активность оказывает на человека положительное воздействие. Сердце даже в покое начинает экономно работать, ритм сокращений замедляется, но сила их увеличивается. Возрастной запас прочности сердца увеличивается, кровеносные сосуды становятся более эластичными, а кровяное давление поддерживается на уровне, свойственном возрасту человека. Благотворно влияет  физкультура и спорт на опорно-двигательный аппарат (кости, суставы, связки). В результате мышечной бездеятельности теряется кальций, кости больше подвержены травмам и переломам, что часто встречается у людей пожилого возраста.

Физическая нагрузка, повышая окислительные и обменные процессы  в организме, задерживает развитие атеросклероза, остеопороза, успокаивает нервную систему, способствует снижению веса, распаду холестерина, а также дисциплинирует человека.

Из физических нагрузок для пожилых лучше ходьба, а не бег. Ежедневно или через день, что более физиологично. Следует помнить, что оптимальность физических нагрузок должна соответствовать объективным показателям здоровья и физической подготовленности, а не основываться на самочувствии пожилого человека. Пренебрежение тщательным обследованием перед занятиями физкультурой может привести к трагическому исходу.

После тщательного осмотра обследуемого относят к одной из четырех групп для занятия физкультурой:

1 – лица с хорошей физической подготовкой без патологических отклонений;

2 – пожилые люди с незначительными отклонениями при хорошей компенсации;

3 – пациенты с отклонениями в состоянии здоровья, которые, однако, не препятствуют выполнению трудовой деятельности, а также со слабой физической подготовкой;

4 – люди с различными заболеваниями, которым можно заниматься только лечебной физкультурой под наблюдением врача или инструктора лечебной физкультуры.

Физкультура и спорт – это средство воспитания самоорганизованности и сильного характера. Важно формирование и сохранение хорошей осанки, определяемой взаимно правильным расположением головы, туловища, ног. Хорошая осанка – это не только приятный внешний вид человека, но и одной из условий здоровья. У людей с нормальной осанкой внутренние органы занимают  правильное положение, сердце и легкие работают  в нормальных условиях, живот всегда подтянут, а это имеет большое значение для правильного функционирования желудочно-кишечного тракта.

С учетом особенностей пожилого организма, из занятий следует исключить упражнения, требующие быстрых движений, резких  наклонов туловища и головы, быстрой перемены положения тела, что при наличии склеротических изменений в кровеносных сосудах может вызвать головокружение, шум в ушах, потерю равновесия, падение, травмы. Таким образом, лучшим из физических упражнений является ходьба.

*Темп ходьбы может быть следующим:*

-медленный – 70 шагов в минуту;

-средний – 90 шагов в минуту (3-4 км/час);

-высокий – 90-100 (для здоровых);

-для хорошо тренированных – 110-130 шагов в минуту (частота пульса 50-60; 80-84 в одну минуту).

Дистанцию ходьбы увеличивать постепенно. На работу и с работы ходить пешком.

Занятия должны быть регулярными, систематическими. При этом необходимо соблюдать последовательность, если кроме ходьбы в комплекс упражнений входят физические нагрузки на руки, ноги, туловище. Заключением таких упражнений должны быть упражнения на расслабление мышц и успокаивающие дыхательные упражнения. Наибольший подъем нагрузки должен  быть в середине занятий. Необходимо подобрать нужный темп и следить за дыханием. Хорошо, если есть возможность, а главное – желание заниматься утренней гимнастикой в хорошо проветриваемом помещении. Выполнение не очень утомительных упражнений улучшает общее самочувствие. Люди слабые и выздоравливающие могут также выполнять более легкие гимнастические упражнения,  только по совету врача.

Прекрасным способом физической тренировки в пожилом возрасте являются танцевальные занятия.

**6. Санаторно -курортное лечение.**

Ещё одним из активных методов поддержания здоровья является оздоровление в санатории. На территории города Ейска есть такое место. В санатории успешно сочетают применение природных минеральных вод и грязей с климатолечением, морскими купаниями, физиотерапевтическими процедурами, диетотерапией.

Проводимое лечение способствует улучшению обменных процессов в организме, выведению радионуклидов, солей тяжелых металлов, оказывает противовоспалительное, болеутоляющее, рассасывающее действие, улучшает иммунологический статус организма. Помимо грязелечения и отпуска минеральных ванн применяются орошение и ингаляции минеральной водой, массаж различных видов (ручной, баночный, подводный, урологический, гинекологический), мануальная терапия, лечебная гимнастика, механотерапия. Широко применяется спелеотерапия (аналог природных соляных пещер), гипокситерапия (горный воздух), озонотерапия, аромотерапия, лечение переменными низкочастотными магнитными полями, лечебный чай из трав.

**Заключение.**

Для поддержания своего здоровья пожилому человеку надо вести активный образ жизни. Результат напрямую зависит от его приложенных усилий. Отказ от вредных привычек, приверженность к физическим занятием, нормализация режима дня, рациона питания – всё это является обязательными компонентами долгожительства.

**Список использованных источников**

1. Погодина А.Б., Газимов А.Х. Основы геронтологии и гериартии. Медицина, 2014.
2. Журавлева Т.П. Основы гериатрии. Профессиональное образование, 2012.
3. Т. Е. Воробьева, А. Я. Куницына, Т. Ю. Малеева . Гериатрия. Медицина, 2015.
4. А. Н. Шишкин, Н. Н. Петрова, Л. А. Слепых . Гериатрия. Академия, 2012.
5. К.Кроули, Г. Лодж. Моложе с каждым годом. АНФ, 2016.

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**среднего профессионального образования**

**«ЕЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**«Здоровый образ жизни в пожилом и старческом возрасте»**

Выполнила студентка 304 группы

Иващенко Алина

научный руководитель Тимербаева И. А.

***Октябрь***

***2016***

**Содержание**

**Введение**

**Глава 1**

**1.1 Особенности здоровья пожилого человека**

**1.2 Психические особенности**

**Глава 2**

**2.1 Принципы здоровья**

**2.2 Питание пожилого человека**

**2.3 Физическая активность**

**2.4 Здоровый сон**

**2.5 Умственная активность**

**Глава 3**

**3.1 Положительный настрой**

**Заключение**

**Список использованных источников**

**Введение**

Современная медицина имеет все более выраженную профилактическую направленность*.* При этом у многих слова «здоровый образ жизни» и «профилактика заболеваний» продолжают ассоциироваться с молодым возрастом. Однако и у пожилых людей система мер по предупреждению заболеваний и их осложнений дает выраженный эффект. Обычно выраженные признаки физиологического старения — это изменения внешнего вида, психики, снижение работоспособности и другие, появляющиеся у человека с 60 лет (возраст с 60 до 75 лет условно считается пожилым). Однако фактически процесс старения начинается тогда, когда заканчивается рост и развитие организма. Так, уже в 30-35 лет происходит снижение уровня биологических процессов. Процесс физиологического старения начинается в разных тканях и органах неодновременно и протекает с различной интенсивностью.

Ученые говорят о том, что по программе своей природы даже в условиях современной экологии и современного образа социальной жизни, у человека есть биологически заложенная возможность прожить минимум до 120 лет. В то же время из истории мы знаем, что в некоторых странах были периоды с высокой продолжительностью жизни отдельных групп населения. Древние греки пеласги считали, что умереть в 70 лет равносильно тому, что умереть в колыбели, и, по свидетельству исторических хроник, доживали до 200 лет.

По данным Всемирной организации здравоохранения, во всем мире наблюдается процесс, который называется «постарением населения», то есть увеличение числа лиц пожилого и старческого возраста. Этот процесс зависит от социальных условий, особенностей труда, двигательной активности человека, индивидуальных свойств организма, условий быта, климата, питания, болезней, факторов наследственности. В зависимости от всего этого, а также от отношения человека к себе и другим старость может быть ранней или поздней. Но надо понимать одну простую истину: люди умирают не от самой старости, а от болезней, настигающих человека в пожилом возрасте, которые необходимо и нужно лечить. Конечно, многие болезни невозможно вылечить, но можно улучшить качество жизни и ее продолжительность. Жить долго, сохранив здоровье и творческую активность, — естественная мечта каждого человека.

**Глава 1**

**1.1 Особенности здоровья пожилого человека**

Общение и работа с пациентами пожилого и старческого возраста, безусловно, имеет свою специфику. И, прежде всего, она обусловлена психологическими особенностями лиц этой возрастной группы. У пожилого человека нарушается память, уменьшается способность ориентироваться в пространстве и во времени, на этом фоне появляются неуверенность и беспокойство. С возрастом заостряются основные психологические черты человека: нередко практичность перерастает в скупость, осторожность — в мнительность и подозрительность, рассудительность — в поучительство. Основными стрессами людей пожилого и старшего возраста можно считать отсутствие четкого жизненного ритма, сужение сферы общения, уход от активной трудовой деятельности, уход человека в себя. Большим стрессом в старости является одиночество. Как проявление невостребованности у некоторых пожилых людей появляются постоянные жалобы на самочувствие, что отчасти, через участие медицинских работников, компенсирует фактор одиночества. Некоторые пожилые люди симулируют ухудшение состояния, дабы привлечь внимание близких. В этой связи большое значение имеет психологически правильное общение с пожилыми . Необходимо избегать споров, конфликтов, резкой критики в разговоре с пожилым человеком. Относитесь к старику как к ребенку: если он бунтует, значит, ему плохо. Выясните подлинную причину его поведения, относитесь серьезно к страхам и тревогам старого человека, помогите ему озвучить свои страхи, рассказать о них. Это частично снимет психическое напряжение и будет служить толчком к поиску решения проблемы, вызвавшей страх. Важную роль играет поддержание у пациента ощущения собственной значимости, подчеркнуто уважительное, тактичное, деликатное отношение без фамильярности, приказного тона, нравоучений, ориентация на двигательную активность, мотивация на выздоровление.

**1.2 Психические особенности**

Психическое здоровье — это резерв душевных сил человека, благодаря которому он способен преодолевать стрессовые ситуации, различные трудности и продолжать жить достойно. И, безусловно, психическое здоровье необходимо для поддержания здоровья физического, ведь сохранение здоровья пожилых людей предполагает с их стороны большое желание и волю. Если сознательно и систематически не заботиться о своем здоровье, оно постепенно убывает. И чем раньше человек начинает эту работу, тем лучше результат. Положительный и быстрый результат дает только комплексное воздействие (гимнастика, дыхательные упражнения, массаж, музыкотерапия, диета, прогулки на свежем воздухе). Здоровье надо зарабатывать. Этот труд оплачивается радостью восприятия жизни!

**Глава 2**

**2.1 Принципы здоровья**

Основы здорового образа жизни — это отказ от вредных привычек, рациональный режим дня с достаточным отдыхом, сбалансированное и умеренное питание, систематические и умеренные нагрузки, создание позитивного эмоционального фона. Прежде чем укреплять свое здоровье, нужно перестать ему вредить. Необходим отказ от вредных привычек — курения, алкоголя, переедания, неподвижного образа жизни, нерационального отдыха, которые являются серьезными факторами риска развития многих заболеваний и тем самым значительно укорачивают жизнь.

**2.2 Питание пожилого человека**

Питание должно быть умеренным: небольшими порциями, от 3 до 5 раз в день. Среди долгожителей не бывает людей с избыточным весом. Питание долгожителей очень умеренное, но сбалансированное по всем необходимым ингредиентам. При таком питании нет перегрузки организма, клетки быстрее обновляются и человек становится менее восприимчивым к заболеваниям. Меню должно соответствовать возрасту. Людям старше сорока лет особенно полезен бета-каротин. Он содержится в моркови, петрушке, оранжевых фруктах. После 50 лет необходимы кальцийсодержащие продукты: творог, сыр, рыба с костями, кунжутные семечки. Содержащие селен продукты (чеснок) помогают справляться со стрессом. После пятидесяти лет, питаясь рыбой, мы защищаем сердце и кровеносные сосуды от атеросклероза.

**2.3 Физическая активность**

В пожилом и старческом возрасте надо как можно больше двигаться. В процессе движения усиливается выработка гормонов, которых недостаточно в пожилом возрасте. Физическая активность поддерживает хорошее кровообращение во всем организме, уменьшает потери костной массы и приводит даже к некоторому ее росту. Например, ходьба повышает плотность костей позвоночника и бедра. Рациональная двигательная активность, преимущественно на свежем воздухе, дозированные физические нагрузки (различные виды гимнастики, в том числе и дыхательной), минимум получасовая ежедневная ходьба и комфортные водные процедуры укрепляют здоровье и продлевают жизнь.

**2.4 Здоровый сон**

С годами возрастает важность полноценного сна достаточного по продолжительности и обязательно в прохладной комнате! Сон при температуре 17-18 градусов поможет дольше оставаться молодым. Причина заключается в том, что обмен веществ в организме и проявление возрастных особенностей зависят также и от температуры окружающей среды.

**2.5 Умственная активность**

Несомненна важность в пожилом возрасте интеллектуальной и творческой активности. Активная мыслительная деятельность не только замедляет процесс возрастной деградации умственных способностей, но и активизирует работу системы кровообращения и обмен веществ. А творчество наполняет жизнь ритмом и положительными яркими эмоциями. Поэтому так важно найти для себя занятие по душе. Если Вы хотите получить несколько дополнительных лет активной жизни, ищите увлечение по душе, учитесь. Важно не сидеть сложа руки, а делать постепенные шаги, чтобы реализовать свои не использованные ранее способности и внутренние ресурсы.

Все это делает жизнь старого человека спокойной, светлой и радостной и помогает быть счастливым. Надо всегда помнить: здоровый образ жизни не имеет возрастных ограничений и приносит ощутимую пользу в любом периоде жизни.

**Глава 3**

**3.1 Положительный настрой**

Сохранять положительный настрой в сегодняшнее нелегкое время очень сложно. Пожилым приходится особенно тяжело, ведь им приходится бороться с последствиями старости. Однако стоит помнить, что чем хуже настрой, тем человек начинает быстрее болеть, у него появляются эмоциональные проблемы и умственные отклонения, и тогда старость становится совсем не в радость. Старайтесь всегда размышлять о положительном, и если что-то не получается, то не огорчайтесь сразу, а думайте, как можно исправить. Настройтесь на то, что теперь вы можете делать значительно меньше, чем в молодости. Сосредоточьтесь на том, что вы можете делать, а не на том, чего делать вы уже не можете. Положительный настрой сделает жизнь более легкой, а старость более приятной.

**Заключение**

Здоровый образ жизни пожилых людей, движение, рациональное питание, правильное дыхание, свет, воздух, вода — вот те средства, которые открывают путь к долголетию.

В пожилом возрасте люди не должны убить в себе заботу, дружелюбие, выдержку, целеустремленность, смелость, оптимистическое отношение к жизни, верить в собственные силы и доверять миру. В пожилом и старческом возрасте должно усиливаться сознательное, активное участие самого человека в регулировании развития своего организма. Для продления активной жизни каждый человек должен знать и уметь правильно применять на практике методы эффективной профилактики старения, соблюдать здоровый образ жизни.

Вместо того чтобы «нянчиться» со своими душевными муками, лучше дайте своему телу физическую нагрузку и займитесь упражнениями на расслабление!

**Список использованных источников**

1. Яцемирская Р.С. Социальная геронтология: Уч. пособие.- М.: Гуманит. Изд. центр ВЛАДОС, 1999. С. 85

2. Шахматов Н.Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное.- М., 1996. С.61

3. Гамезо М.В., Герасимова В.С., Горелова Г.Г., Орлова Л.М, Возрастная психология: личность от молодости до старости: Учебное пособие.- М.: Педагогическое общество России, Изд. Дом « Ноосфера», 1999. С. 50

4. Абрамова Г.С. Возрастная психология: Учебное пособие для студентов вузов.- 4-е изд.- М.: Академический Проект, 2003.С.670

5. Хана Т. Искусство не стареть. (Как вернуть гибкость и здоровье.): Пер. с анг.- СПб., 1996.С.116-117

6.http://uzrf.ru/publications/publicistika/Tatyana-Peshehonova-zdorovuy-obraz-jizni-v-pojilom-vozraste/

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**среднего профессионального образования**

**«ЕЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**«Профилактика инсульта»**

Выполнила студентка 431 группы

Кашкаха Марина

научный руководитель Кошкалда С. А.

***Октябрь***

***2016***

План

1. Определение
2. Этиология
3. Факторы риска
4. Клиника и особенности течения заболевания
5. Профилактика инсульта
6. Список используемых источников

**1.Определение**

**Инсульт** – крайне опасное заболевание, поскольку оно нарушает работу важнейшего органа – мозга, а последствия инсульта у пожилых людей усугубляются возрастными изменениями центральной нервной системы, поэтому могут быть чрезвычайно серьезными.

**Инсульт** – это не что иное, как ухудшение или прекращение поступления крови к какому-либо участку мозга, в результате чего нарушается его работа. Инсульт – это не что иное, как ухудшение или прекращение поступления крови к какому-либо участку мозга, в результате чего нарушается его работа.

**Инсу́льт** — острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), характеризующееся внезапным (в течение нескольких минут, часов) появлением очаговой и/или общемозговой неврологической симптоматики, которая сохраняется более 24 часов или приводит к смерти больного в более короткий промежуток времени вследствие цереброваскулярной патологии.

К инсультам относят инфаркт мозга, кровоизлияние в мозг и субарахноидально кровоизлияние, имеющие этиопатогенетические и клинические различия.

Сосудистые заболевания мозга занимают второе место в структуре смертности от заболеваний системы кровообращения после ишемической болезни сердца.

Первым упоминанием об инсульте служат описания, сделанные Гиппократом в 460-х годах до н. э., в которых говорится о случае потери сознания в результате заболевания головного мозга.

**2.Этиология**

В известной поговорке говорится, что для исключения опасности необходимо знать «врага в лицо». Именно поэтому необходимо понимать, что такое инсульт, как он проявляется и какую первую помощь необходимо оказывать. В медицине принято различать два типа инсультов: геморрагический и ишемический. Геморрагический – для него характерно внезапное возникновение. Он сопровождается сильной головной болью, возможна потеря сознания. Через некоторое время может начаться судорожный припадок (обычно он поражает одну часть тела). Далее наступает паралич конечностей. При поражении правой части – нарушается речь, при поражении левой части - возникают признаки психического расстройства. Ишемический – в данном случае не происходит разрыв сосудов, однако прекращается снабжение кровью некоторых участков мозга (происходит при закупорке сосудов, атеросклеротическом сужении сосуда, спазме артерий). Этот вид инсульта часто бывает у пожилых людей. Они жалуются на изменения сознания, «ватность» ног, затрудненность ориентировки в пространстве и времени. Нередко присутствует напряжение затылочных и ножных мышц. Ишемический инсульт иногда имеет слабовыраженные симптомы, но приводит к тяжелым последствиям. После перенесения любого вида инсульта на тканях мозга появляются омертвевшие участки, которые в дальнейшем уплотняются и рубцуются. Инсульт может повторяться, поэтому заниматься профилактикой данного заболевания крайне важно. При наступлении инсульта очень важно оказать пациенту помощь в первые 3-5 часов, иначе последствия могут быть печальными.

Причин, ведущих к инсульту, несколько. К геморрагическому типу могут привести:

* гипертония;
* аневризма артерии, хрупкие стенки сосудов;
* травмы.

[Причины инсульта](http://vesinsult.ru/insult/insult-prichiny.html) ишемического типа:

* атеросклероз;
* тромбоз;
* эмболия.

В зависимости от того, за что отвечает пораженный участок мозга, происходит нарушение соответствующих функций организма. К примеру, в левом полушарии мозга расположены отделы, отвечающие за речь и мышление, поэтому в случае нарушения работы участков левого полушария мозга у пациента отмечаются проблемы с речью и пониманием окружающих. Чем обширнее пострадавший участок, тем серьезнее последствия инсульта.

**3.Факторы риска**

Факторами риска являются различные клинические, биохимические, поведенческие и другие характеристики, указывающие на повышенную вероятность развития определённого заболевания. Все направления профилактической работы ориентированы на контроль факторов риска, их коррекцию как у конкретных людей, так и в популяции в целом.

* Высокое содержание холестерина и ЛПНП (липопротеины низкой плотности) в крови
* [Артериальная гипертония](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%80%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B3%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F)
* [Сахарный диабет](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B0%D1%85%D0%B0%D1%80%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D0%B1%D0%B5%D1%82)
* Заболевания [сердца](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B5%D1%80%D0%B4%D1%86%D0%B5) (аритмия и тд)
* Малоподвижный образ жизни
* Лишний вес
* Возраст
* [Курение](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%83%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5)
* Наркотики
* Алкоголь
* Нарушения свертывания крови
* [ТИА](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B7%D0%B8%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B8%D1%88%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%B0%D1%82%D0%B0%D0%BA%D0%B0) (транзиторные ишемические атаки) являются существенным предиктором развития как [инфаркта мозга](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D1%88%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D0%B8%D0%BD%D1%81%D1%83%D0%BB%D1%8C%D1%82), так и [инфаркта миокарда](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D1%84%D0%B0%D1%80%D0%BA%D1%82_%D0%BC%D0%B8%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%B4%D0%B0)
* [Апноэ во сне](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BF%D0%BD%D0%BE%D1%8D_%D0%B2%D0%BE_%D1%81%D0%BD%D0%B5)
* Предыдущие случаи инсульта, инфаркта сердца или ТИА
* Болезнь сонных артерий (Асимптомный стеноз [сонных артерий](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D1%8F)и тд)
* Заболевание периферических сосудов

Многие люди в популяции имеют одновременно несколько факторов риска, каждый из которых может быть выражен умеренно. Существуют такие шкалы, которые позволяют оценить индивидуальный риск развития инсульта (в процентах) на ближайшие 10 лет и сравнить его со среднепопуляционным риском на тот же период. Самая известная — [Фрамингемская шкала](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A4%D1%80%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B3%D0%B5%D0%BC%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D1%88%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0&action=edit&redlink=1).

**4. Клиника и особенности течения заболевания**

Ни одна возрастная категория не застрахована от инсульта на 100%, но в возрасте после 55 лет вероятность его возникновения резко увеличивается и каждые 10 лет удваивается. По статистике, около 75% всех случаев приходится на людей старше 65 лет. У пожилых и стариков преобладают случаи ишемического инсульта.

Естественное старение организма приводит к тому, что возникают физиологические изменения в мозге (он уменьшается в объеме, становится легче и т.п.), сосуды становятся менее прочными, наблюдается сердечно-сосудистая недостаточность. Чем старше пациенты, тем тяжелее проходит течение инсульта и тем выше процент вероятности развития инвалидности и смертельного исхода.

Геморрагический инсульт возникает внезапно, часто его провоцируют нервные потрясения, волнение, резкое переутомление. У человека учащается дыхание, он жалуется на сильную головную боль, которая может сопровождаться рвотой, наблюдаются проявления тахикардии или брадикардии (учащения или замедления пульса), паралич мышц.

При развитии ишемического инсульта люди жалуются на головокружение, расстройства сознания (короткое полуобморочное состояние), у многих темнеет в глазах. Чаще всего ишемический инсульт развивается ночью или под утро. Симптомы нарастают постепенно: ухудшается зрение, возникают параличи, парезы.

Кроме того, при любых типах инсультов может наблюдаться нарушение речи, восприятия, чувствительности к боли и изменению внешней температуры, сонливость, потеря сознания, нарушение движения, мышечная слабость.

**5.Профилактика инсульта**

Чем раньше пациент с инсультом, особенно в пожилом возрасте, получит квалифицированную медицинскую помощь, тем благоприятнее прогноз сохранения жизни и восстановления функций организма. Проблема при этом состоит в том, что очень часто люди обращаются к врачу с опозданием, так как сами больные не понимают причины изменившегося самочувствия, а окружающие люди не распознают симптомов инсульта.

Чтобы убедиться, что человеку рядом с вами необходима помощь, нужно попросить его сделать несколько простых действий:

* произнести несколько слов;
* улыбнуться;
* поднять обе руки.

Если человек с трудом, нечетко говорит или не способен сказать ни слова, улыбается неестественно, одной половиной лица, не может симметрично поднять руки, помогите ему принять горизонтальное положение и безотлагательно вызывайте скорую помощь.

Люди, не подвергавшиеся инфарктам, микроинсультам и другим нарушениям системы кровообращения, рискуют получить инсульт в 10 раз меньше, чем те, у кого обнаруживались перечисленные поражения. Лекарства – лекарствами, но другие методы защиты от страшного недуга рекомендованы настоятельно:

* следует искоренить в себе такие вредные привычки, как курение, наркозависимость, чрезмерное потребление алкоголя;
* регулярно измерять АД и, в случае надобности, принимать гипотензивные средства;
* следить за вязкостью крови, принимать как продукты питания, так и препараты, разжижающие кровь и препятствующие образованию атеросклеротических бляшек. Необходимо регулярно проводить анализ крови на содержание холестерина – главного врага инсульта;
* не переедать и стараться восполнить затраченные калории. Если уж хочется чего-то «вредного» — съешьте сегодня, но завтра – табу!
* не допускать бесконтрольного самотека хронических болезней (диабета, аритмии, болезней почек);
* не перегружать себя физически, но и не поддаваться гиподинамии;
* экологически неблагоприятные регионы стоит оставлять хотя бы на период отпуска, выезжая в зоны отдыха с относительно благополучной в этом плане обстановкой.

У пожилых людей и стариков инсульт наступает почти в 5 раз чаще, чем у более молодых. Профилактика для таких людей сводится к минимизации соматических заболеваний. Справедливости ради надо заметить, что пожилые люди имеют меньше вредных привычек, чем молодежь, а это оказывает свое влияние: риск развития инсульта у молодого курильщика в 2 раза выше, чем у пожилого не курильщика. Через 5 лет после отказа от курения у людей преклонного возраста риск наступления инсульта снижается вдвое.  
Вопрос употребления алкогольных напитков при профилактике инсультов решается положительно в перерасчете напитков на 20 мг спирта, а это – большой бокал пива, бокал сухого вина, 2 «стопочки» крепкого напитка. И не более! Более высокие дозы оставляют на утро спазмы, а указанное количество алкоголя уменьшает осаждение тромбоцитов, растворяет бляшки, нормализует давление.

**Список используемых источников**

1.Электронный ресурс. <http://dolgojit.net/profilaktika-insulta-v-pozhilom-vozraste.php>. Дата обращения 29.09.2016г.

2.Электронныйресурсhttp://pansionat-osen.ru/poleznye-materialy/predotvrashchenie-insulta. Дата обращения 27.09.2016г.

3.Электронный ресурс <http://nashe-serdce.ru/insult/profilaktika-insulta>. Дата обращения 29.09.2016г.

4.Электронный ресурс [http://muzhzdorov.ru/insul-t/pravil-naya-profilaktika-insul-ta-lekarstva-preparaty-i-zdorovy-j-obraz-zhizni](http://muzhzdorov.ru/insul-t/pravil-naya-profilaktika-insul-ta-lekarstva-preparaty-i-zdorovy-j-obraz-zhizni/)/ Дата обращения 29.09.2016г.

5.Электронный ресурс <http://www.golovazdorova.ru/insult/profilaktika-insulta-chto-delat-chtoby-uberech-sebya.html>. Дата обращения 25.09.2016г.

6.Ашман, А. А. Принципы терапии мозгового инсульта [Текст] / А. А. Ашман, И. Е. Повереннова, О. В. Андрофагина ; ГБОУ ВПО "СамГМУ", Минздравсоцразвития России. - Самара : Тандем, 2012. - 98 с.

7.Жизнь после инсульта [Текст] : руководство / под ред. В. И. Скворцовой ; РГМУ, НИИ Инсульта РГМУ, НАБИ, ОРБИ. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 208 с. - (Шк. здоровья). - Библиогр.: с. 206-207с

8.Заболевания и патологические состояния, приводящие к нарушению мозгового кровообращения [Текст] : этиология и факторы риска / А. А. Ашман [и др.] ; ГОУ ВПО "СамГМУ" Росздрава. - Самара : ГОУ ВПО "СамГМУ" Росздрава, 2011. - 132 с

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**среднего профессионального образования**

**«ЕЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**«Профилактика бессонницы в пожилом и старческом возрасте»**

Выполнила студентка 304 группы

Гудантова Яна

научный руководитель Тимербаева И.А.

***Октябрь***

***2016***

**СОДЕРЖАНИЕ**

**Введение**

**1. Расстройство сна и его причины**

**2. Проявления нарушений сна и лекарственные препараты провоцирующие бессонницу**

**3. Диагностика и профилактика бессонницы у пожилых людей**

**Заключение**

**Список использованной литературы**

**Введение**

**Бессонница** (инсомния) — расстройство [сна](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D0%BD), которое характеризуется недостаточной продолжительностью или неудовлетворительным качеством сна либо сочетанием этих явлений на протяжении значительного периода времени. При этом абсолютная продолжительность (количество часов) сна не имеет решающего значения, так как у разных людей нормальная, достаточная длительность сна может сильно отличаться.

Причины бессонницы могут быть разными: сильное переутомление, слишком светлое и шумное помещение, различные болезни и т.д.

Всем известно, что с возрастом происходят изменения сна, однако до сих пор не доказано, являются ли эти изменения частью нормального старения или патологией. И одна из причин неясности может быть обусловлена различным образом жизни в регионах, различиями среди индивидуумов. Нарушения сна у пожилых может быть следствием различных воздействий - это может быть стресс, тяжелая потеря, тревога, депрессия, выход на пенсию.

**1. Расстройство сна и его причины**

Расстройство сна у пожилых людей существенно снижает качество их жизни. Этой проблеме длительное время не уделялось должное внимание, тем не менее именно у населения старше 65 лет самыми популярными лекарствами являются [снотворные](http://sna-kantata.ru/pobochnyie-effektyi-snotvornyih/).

Статистика свидетельствует: 35% пожилых испытывают проблемы, связанные с неполноценностью сна. При этом у женщин (50%) сон нарушается чаще, чем у мужчин (25%).

Сегодня мы рассмотрим: причины нарушения сна у пожилых, как они проявляются, какие препараты провоцируют бессонницу, о мерах профилактики.

С возрастом одноразовый характер сна, обусловленный социальным и общественным укладом жизни человека (работа по найму, к примеру) сменяется двухразовым. С выходом на пенсию появляется много свободного времени, часть которого многие люди с удовольствием отдают дневному сну.

Благодаря Инге Штраух, профессору клинической психологии при Цюрихском университете, были проведены исследования сна у людей в возрасте от 65 лет до 83, выяснилось, что 60% из них спят днем часто или ежедневно.

Наличие дневного сна уменьшает продолжительность ночного, но уменьшается или нет общее время сна у пожилых, остается неясным, ведь старики частенько «клюют носом» днем и пробуждаются ночью, их многоразовый сон похож на сон младенцев.

**Причины расстройства сна.**

В старческом возрасте сон разлаживается по многим причинам:

Одной из причин нарушений сна является атеросклероз сосудов [мозга](http://sna-kantata.ru/mozg-vo-vremya-sna-1/): ухудшаются метаболизм и кровоснабжение мозговых структур из-за [сгущения крови](http://sna-kantata.ru/gustaya-krov-priznaki/), что влечет разлад ритма бодрствования и сна – ночь и день меняются местами.

Даже при сохранении прежнего ритма, ночной сон неизменно плох. Престарелые испытывают трудности с засыпанием, могут подолгу лежать, не в силах заснуть, часто встают в туалет, очень рано просыпаются.

Многие старики утром легко пробуждаются и чувствуют себя вполне отдохнувшими, но удовольствие от сна испытывают лишь некоторые.

Как правило, в пожилом возрасте возрастают жалобы на плохой сон, сердцебиения, сердечные боли и [признаки удушья](http://sna-kantata.ru/sindrom-vedmy-ili-sonnyj-paralich/).

**Современная медицина подразделяет причины нарушения сна на первичные и вторичные:**

**Первичные:**

• миоклонус (подергивание мышц),

• ночное двигательное беспокойство ног,

• [апноэ](http://sna-kantata.ru/hrap-apnoe/) (задержка дыхания во сне): как правило, сонное апноэ с возрастом учащается и присоединяется к храпу, предшествующему в течение продолжительного периода. Этой опасной болезни больше подвержены мужчины с тучным телосложением, однако у престарелых женщин она также нередко проявляется.

**Вторичные причины обусловлены психическими расстройствами и заболеваниями:**

• наиболее часто сердечнососудистые заболевания,

• бронхиальная астма и другие болезни легких,

• эндокринные патологии, в том числе диабет,

• [депрессивные состояния](http://sna-kantata.ru/depressiya-i-narushenie-sna/), даже в легкой степени,

• [заболевания периферической нервной системы](http://sna-kantata.ru/produkty-dlya-horoshego-sna/),

• многие другие.

**2. Проявления нарушений сна и лекарственные препараты провоцирующие бессонницу**

**Проявления нарушений сна:**

• мучительная бессонница,

• утомительное засыпание,

• сон прерывистый и поверхностный,

• сновидения множественны и ярки, но часто тягостны,

• пробуждения ранние,

• утром ощущение тягостного беспокойства,

• нет чувства отдыха после сна.

Пожилые люди, подверженные расстройству сна, часто склонны утрировать симптомы: им кажется, что они дольше засыпают и меньшее время проводят во сне, чем происходит на самом деле.

**Лекарственные препараты, провоцирующие бессонницу:**

• глазные капли с β - блокаторами,

• капли в нос с симпатомиметиками,

• диуретики (возникает страх недержания мочи),

• антидиабетические (полиурий, гипогликемий и др.),

• противокашлевые,

• сердечные гликозиды в случае передозировки,

• противоопухолевые,

• антипаркинсонические (леводоп, селегилин),

• антибиотики (хинолоны),

• гормональные (глюкокортикоиды, тиреоидные гормоны, прогестерон),

• бронхолитические (тербуталин, ипратропиум бромид, теофиллиновые препараты, сальбутамол)

• противоаритмические,

• психотропные (психостимуляторы, антидепрессанты, ноотропы),

• многие другие.

Ученые пока не смогли ответить на вопрос: прерывистый неудовлетворительный сон пожилых является нормальным элементом процесса старения или это результат заболевания и патологических изменений в организме.

**3. Диагностика и профилактика бессонницы у пожилых людей**

**Диагностика расстройств сна**

Диагностические мероприятия при инсомнии должны включать оценку индивидуального хронобиологического стереотипа человека, его профессиональной деятельности, определенной клинической картины, результатов психологического исследования (тест Спилбергера (оценка тревоги), шкала CES-D (оценка депрессии), анкета субъективной оценки сна (сомнологический центр МЗ РФ), анкета для скрининга синдрома «апноэ во сне»), результатов полисомнографического исследования и сопровождения инсомнии.

Полисомнография — метод параллельной регистрации различных физиологических показателей во сне. При этом наибольшее значение имеют электроэнцефалограмма, электроокулограмма и электромиограмма. Совокупная оценка данных трех показателей позволяет в любой момент времени определить, в какой стадии сна находится пациент. По результатам записи сна строится гипнограмма.

Анализ гипнограммы позволяет определить, соответствуют ли показатели сна пациента нормативным и какие именно феномены встречаются во сне и могут быть причиной его нарушения.

**Профилактика нарушений сна у пожилых.**

• Необходимо избегать приема кофеин-содержащих (кофе, чай, кола, шоколад) напитков за 3 – 4 часа до сна,

• Переедание, курение, чрезмерные впечатления перед сном способствуют бессоннице,

• Умеренная физическая нагрузка во второй половине дня,

• Может помочь уснуть теплое молоко, содержащее природную аминокислоту, которая обладает седативным действием, или легкий ужин перед сном,

• Если через 20 минут уснуть не получилось, рекомендуется встать и заняться чем-нибудь приятным (почитать или послушать музыку). Вернуться в постель и повторить попытку уснуть, можно только при появлении сонливости. Если уснуть вновь не удалось – возобновить процесс.

• При этом важно на период бодрствования выходить в другую комнату из спальни. Это создаст устойчивую ассоциацию спальни со сном, но не с утомительной бессонницей.

• Отправляться ко сну и вставать утром в одно и то же время, независимо от качества сна прошлой ночью.

• Дневной сон следует свести к минимуму (30минут) или отказаться от него вовсе,

• Не принимать без консультации с врачом снотворные средства, это не решит проблему, но может обернуться тяжелой зависимостью, схожей с наркотической.

• Важно вовремя определить причину бессонницы, чтобы устранить ее источник.

**Заболевания в пожилом возрасте – важная, но не главная причина плохого сна.**

**Старый человек лишен лучшего из снотворных – мышечной усталости. Обычно ничем не занятый, днем он высыпается, настроение его подавлено: в жизни больше нет целей, интерес к ней угасает, его удел – одиночество. Хорошо спят и счастливы те, кто на склоне лет имеют занятие по душе, с которым в ладу вся натура.**

**Заключение**

Сон является источником сил и лучшим из лекарств. Всем известно, что с возрастом происходят изменения сна. Поэтому в основном от бессонницы страдают пожилые люди. Нарушения сна у пожилых может быть следствием различных воздействий - это может быть стресс, тяжелая потеря, тревога, депрессия, выход на пенсию. Организм пожилого человека подвержен различным заболеваниям, которые в свою очередь способствуют развитию бессонницы. Обычно ничем не занятый, он высыпается днем, настроение его подавлено, интерес к жизни угасает, его удел – одиночество. В совокупности всё это провоцирует инсомнию. Хотя зачастую пожилые ведут себя как дети им просто необходимо внимание со стороны других. И если пожилой человек найдёт интересное занятие (книги, музыка и др.) и будет получать достаточно любви и понимания, то он будет счастлив, что будет способствовать хорошему сну.

**Список использованной литературы**

1. Вейн A.M. Медицина сна: проблемы и перспективы // Сборник клинических лекций «Медицина сна: новые возможности терапии». Журн. неврол. и психиатр. им. С. С Корсакова. 2002. Прил.С.3–16
2. А. Вейна «Три трети жизни» и А.Борбели «Тайна сна»
3. Соколова Л.П., Кислый Н.?Д. Нарушения сна у пожилых: особенности терапии // Consilium medicum. 2007. Т. 9. № 2. С. 133–137.