

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет им. проф. В.Ф. Войно - Ясенецкого"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра кардиологии, функциональной и клинико-лабораторной
диагностики ИПО

Зав. кафедрой:
д.м.н., профессор Матюшин Г.В.

РЕФЕРАТ

**Профилактика сердечных сосудистых заболеваний.
Реабилитация больных с сердечно - сосудистыми заболеваниями.**

Выполнила:
ординатор 1 года обучения
Козлова Анна
Андреевна

Красноярск, 2023

Содержание

Введение	3
1.Основные принципы ухода за больными с заболеваниями сердечно - сосудистой системы	4
2.Профилактика и реабилитация артериальной гипертензии	12
3.Профилактика и реабилитация ИБС	13
4.Заключение	18
5.Список литературы	19

Введение

Уход - совокупность мероприятий, обеспечивающих всестороннее обслуживание больного, создание оптимальных условий и обстановки, способствующих благоприятному течению болезни, быстрейшему выздоровлению, облегчению страданий и предотвращению осложнений, выполнению врачебных назначений.

Общий уход включает гигиеническое содержание помещения, в котором находится больной, поддержание надлежащего гигиенического состояния самого больного, заботу об удобной постели, чистоте ее и одежде больного, организацию питания больного, оказание помощи при приеме пищи, туалете, физиологических отправлениях, четкое и своевременное выполнение всех предписанных медицинских процедур и лекарственных назначений, а также непрерывное наблюдение за динамикой самочувствия и состояния больного. Уход не противопоставляется лечению, а органически входит в него как составная часть. Правильный уход предполагает создание благоприятной бытовой и психологической обстановки на всех этапах лечения. Он строится на принципах охранительного режима, оберегающего и щадящего психику больного. Устранение всякого рода чрезмерных раздражителей, обеспечение тишины, покоя, создание обстановки уюта способствуют поддержанию у больного оптимистического настроения, уверенности в благоприятном исходе болезни. Успешное выполнение многочисленных мероприятий по уходу требует не только соответствующих навыков, но и сострадательного отношения к больному, душевной щедрости.

Основные принципы ухода за больными с заболеваниями сердечно - сосудистой системы

Болезни, физические страдания порождают повышенную раздражительность, чувство тревоги, ощущение неудовлетворенности, иногда даже безысходности, недовольство, обращенное к медперсоналу или близким. Противопоставить этому тягостному мироощущению нужно чуткость, такт, умение ободрить, поддержать больного.

Важно также оградить больного от отрицательно влияющих факторов и от чрезмерного внимания к своему состоянию. Организация ухода и выполнение его в больнично-поликлинических условиях - обязательный и весьма ответственный раздел деятельности медперсонала. Ведущая роль в этом принадлежит врачу. Для успешного лечения врач должен уметь составить полное представление не только о болезни вообще и ее конкретных проявлениях в каждом случае, но и об особенностях личности заболевшего. Тактика врача, его поведение всегда должны строиться в зависимости от характера больного, уровня его культуры, тяжести заболевания.

Для каждого больного требуются индивидуальный подход и индивидуальные меры воздействия. Для одних людей требуются ласковое и мягкое обращение и особо убедительные доводы, чтобы заставить их поверить в возможность излечения, для других достаточно двух-трех авторитетно произнесенных слов, суровость, категоричность заключения. Вот почему клиническая медицина должна быть искусством, а врач (клиницист) должен обладать высоко-развитым чувством такта, который создает гармонию между ним и его пациентом, основанную на доброте и уважении друг к другу.

Врачу приходится встречаться с десятками больных, разных по своему культурному уровню и особенностям психики, в том числе страдающих чрезмерной мнительностью. Поэтому надо обладать терпением, чтобы выслушать больного и потом методически его обследовать.

Во всех случаях больные нуждаются в утешении. Однако врач не должен пытаться умалить серьезность заболевания. Его задача заключается в том, что-

бы убедить больного в реальной возможности излечения. Сам факт посещения врача должен облегчать состояние больного. Доверие к врачу - одна из гарантий успешного лечения.

В процессе общения с больным врач должен всегда внимательно следить, чтобы неосторожным словом не подорвать доверие к себе больного.

Врач, работающий в стационаре, должен очень пристально следить не только за динамикой болезни, но и за настроением больного, за его моральным состоянием. Упорная и длительная работа над созданием благоприятной лечебной обстановки может быть нарушена каким-нибудь событием, например смертью другого больного. И снова врачу предстоит кропотливая работа по восстановлению должной обстановки в палате и настроения каждого больного.

Врачу на обходе нельзя не ответить на любой, даже самый пустяковый вопрос. Ответ должен звучать правдоподобно и убедительно. По мере накопления опыта в сознании врача откладываются наиболее удачные и импонирующие больному формулировки, логично обоснованные ответы и объяснения, наиболее убедительные слова и фразы. Лечащий врач в процессе наблюдения должен поддерживать моральное состояние больного какой-либо умеренной репликой или подчеркиванием положительного значения даже самого незначительного сдвига в состоянии здоровья. В то же время неосторожное слово врача, его равнодушное или безответственное отношение к больному может оказаться этиологическим фактором вторичного заболевания.

В задачу врача входит оказание психологического воздействия на родственников, когда вмешательство последних может неблагоприятно влиять на состояние больного.

Если при неблагоприятном исходе лечения соблюдались правила деонтологии, родственники умершего становятся даже защитниками врача. При несоблюдении этих правил конфликты между родственниками и врачом возникают и при правильном лечении.

В создании оптимальной обстановки в лечебном учреждении, высокой слу-

жебной и профессиональной дисциплины врачу помогают медсестры.

Высокая культура и опрятность, сердечность и заботливость, тактичность и внимательность, самообладание и бескорыстие, человечность - основные качества, необходимые медсестре. Медсестра должна хорошо владеть искусством слова, в общении с больными и их родственниками соблюдать чувство меры и такта, прилагать максимум усилий для создания обстановки доверия между больным и врачом.

Сестра не должна информировать ни больного, ни его родственников обо всем, что касается собственно заболевания и характера лечения, соблюдать врачебную тайну.

В создании деонтологической обстановки в стационарном стремлении немаловажную роль играет санитарка. Чистота пола, свежий воздух, удобная постель, образцовый уход за больными - вот тот минимум больничного комфорта, который создается руками прежде всего санитарок. Аккуратный внешний вид, подтянутость, вежливое и предупредительное обращение с больными - требования, которые предъявляют санитарке. Особо трудной является работа по уходу за тяжелобольными. Санитарка должна обмывать их по несколько раз в день, менять постельное и нательное белье, кормить, поить. Такую работу может выполнять только человек большого мужества, с отзывчивой душой.

Отношения между врачами, сестрами и младшими медработниками должны быть безукоризненными и основываться на абсолютном доверии.

Своевременное проведение исследований, лечебных процедур, строгая регламентация часов обхода, обеспечение тишины во время послеобеденного и ночного сна - вот те условия, которые положительно оцениваются больными и способствуют выздоровлению. Подлежит устранению все то, что отрицательно влияет на течение болезни: не следует будить больных рано утром для уборки палат, должны быть отвергнуты шепот и обстановка гнетущего молчания, которые не успокаивают, а настораживают больного. В свободное от обходов время благотворно влияют на больных телевидение, радио, чтение

газет, журналов, игра в шахматы и т.д. В хорошую погоду следует разрешать больным прогулки на свежем воздухе. Вся обстановка, окружающая больных в лечебном учреждении, должна располагать к оптимизму и способствовать выздоровлению больных.

Основные принципы ухода. Палата, предназначенная для больного, должна быть просторной, светлой и по возможности защищенной от шума. Обилие воздуха и света, оптимальный температурный режим в помещении оказывают благоприятное влияние на организм при любом заболевании. При отсутствии кондиционера помещение проветривают, летом окна могут быть открыты круглосуточно, зимой открывать форточки следует 3-5 раз в день. Температура в помещении должна быть постоянной, в пределах 18-20 °С. Обилие дневного света необходимо больному, вид солнца и неба благоприятно влияет на его настроение и состояние. Электрические лампочки должны быть прикрыты матовыми абажурами, а ночью оставляют включенными лишь осветительные приборы низкого накала (ночник). Необходимо тщательно поддерживать чистоту помещения. Уборку следует проводить не реже 2 раз в день: оконные рамы, двери, мебель вытирают влажной ветошью, пол моют или протирают щеткой, обернутой влажной ветошью.

Всегда необходимы шумозащитные меры: изоляция от транспортных, уличных и производственных шумов, снижение громкости звучания телевизоров, радиоприемников, разговор вполголоса.

Очень важна правильная транспортировка больного. Тяжелобольных перевозят осторожно, избегая толчков, на специальном кресле-каталке или переносят на носилках. Перед перекладыванием тяжелобольного с носилок проверяют ее готовность, наличие прикроватных принадлежностей и индивидуальных предметов ухода. Для тяжелобольных необходимы подкладная клеенка, мочеприемник, резиновый круг, подкладное судно. Постель больного должна быть достаточной длины и ширины, с ровной поверхностью, удобной и опрятной. Под простыню при необходимости подкладывают клеенку.

При заболеваниях позвоночника под матрац кладут твердый щит. Желатель-

но такое размещение кровати, которое позволяет подойти к больному с обеих сторон, кровать не следует ставить рядом с источниками обогрева помещения.

Смену постельного белья тяжелобольным нужно производить умело, не создавая для них неудобной позы, вынужденного мышечного напряжения, не причиняя боли. Больного бережно отодвигают на край постели, освободившуюся часть простыни скатывают, как бинт, вплоть до тела больного, на этой части постели расстилают свежую простыню, на которую и перекладывают больного. Простыню можно скатывать в направлении от ног к голове. Сначала скатывают ножной конец простыни до поясицы, подкладывают свежую простыню, затем убирают сменяемую простыню из-под верхней части тела, тщательно расправляют складки свежей простыни, ее края можно прикрепить английскими булавками к матрацу. При смене постельного белья следует вытряхивать одеяло.

В зависимости от тяжести и характера заболевания больному назначают различный режим: строгий постельный (не разрешается сидеть), постельный (можно двигаться в постели), полупостельный (можно ходить по палате) и так называемый общий режим, при котором двигательная активность больного существенно не ограничена.

При постельном режиме физиологические отправления осуществляются в постели. Больным подают чисто вымытые и продезинфицированные подкладные судна. Мочеприемник подают также хорошо вымытым.

Все предметы ухода, необходимые инструменты и инвентарь должны храниться в определенном месте и быть готовыми к употреблению.

Подкладные судна, мочеприемники, пузыри со льдом, грелки, резиновые круги после промывания горячей водой и ополаскивания 3%-ным раствором хлорамина хранят в специальных шкафах. При возможности рекомендуется использовать предметы ухода и инструменты одноразового пользования.

Медицинский инвентарь (кровать, носилки, кресла, каталки, шкафы) периодически дезинфицируют 3%-ным раствором лизола и хлорамина, ежедневно

протирают мокрой ветошью или моют с мылом.

Существенное значение придается личной гигиене больного. Больных, поступающих в стационар, за исключением находящихся в тяжелом состоянии, подвергают санобработке (ванна, душ или влажное обтирание, при необходимости - короткая стрижка с дезинсекционной обработкой волосистой части головы).

Истощенные и находящиеся длительное время на постельном режиме тяжелобольные нуждаются в особенно тщательном уходе за кожей в целях предупреждения пролежней.

Для этого необходимо содержать в строгом порядке постель (устранять неровности, разглаживать складки простыни); постоянно следить за чистотой кожи, протирать ее 1-2 раза в сутки камфорным спиртом, припудривать тальком, подкладывать резиновые круги, обернутые наволочками, под места, подвергающиеся давлению (например, под крестец), часто менять положение больного в постели.

Важным элементом ухода является кормление тяжелобольных в соответствии с предписанным режимом питания и диетой. Лежачим больным во время приема пищи следует придавать положение, позволяющее избежать утомления. Как правило, им придают возвышенное или полусидячее положение. Не следует для кормления прерывать дневной сон, если больной страдает бессонницей. Пить тяжелобольным дают из поильника.

Наблюдение за состоянием больного - неперемное условие успешного лечения. Лицам, осуществляющим уход, необходимо сообщать лечащему врачу обо всех изменениях, которые происходят в состоянии больного. При этом следует обращать внимание на положение тела больного, состояние психики, сон, выражение лица, окраску кожи, частоту дыхания, наличие кашля, производить термометрию тела, измерять соотношение выделенной и выпитой жидкости и осуществлять другие специальные наблюдения.

Необходимо следить за тем, чтобы прием больным лекарств строго соответствовал рекомендациям врача.

При уходе за больными с сердечно-сосудистыми заболеваниями внимание уделяют обеспечению рекомендованного режима (постельный, ограниченно активный или тренировочный), что особенно важно в острой стадии болезни, когда необходимо уменьшение нагрузок на сердце, достигаемое полным физическим и психологическим покоем. Для большинства больных наиболее удобно и физиологично положение с приподнятой верхней половиной тела. При возникновении у больного страха смерти - одного из частых и весьма тягостных ощущений при заболеваниях сердца - необходимо определенное психологическое воздействие со стороны окружающих. Отсутствие у них испуга и суетливости, верный тон в обращении к больному (умение рассеять страх, подбодрить и не быть навязчивым) создают наиболее благоприятную психоэмоциональную обстановку.

Диетотерапия при заболеваниях сердечно-сосудистой системы определяется степенью нарушения кровообращения. В случаях декомпенсации кровообращения I степени и ПА степени рекомендуется "кардиотрофическая" диета, улучшающая обменные процессы в миокардах (стол или диета № 10).

Назначение диеты: создание наиболее благоприятных условий для кровообращения при полном обеспечении потребности организма в пищевых веществах и энергии.

Химический состав и энергетическая ценность: белки - 80 г (из них животного происхождения - 50 г), жиры - 70 г (из них растительных 25 г), углеводы - 350-400 г, витамины: ретинол - 0,3 мг, каротин - 20,5 мг, тиамин - 1,7 мг, рибофлавин - 2,5 мг, никотиновая кислота - 22 мг, аскорбиновая кислота - 250 мг; минеральные вещества: натрий - 2,3 г, калий - 4,2 г, кальций - 1 г, магний - 0,5 г, фосфор - 1,8 г, железо - 30 мг, энергетическая ценность - 2500-2600 ккал.

Диета является полноценной по содержанию молочного белка, солей кальция, растительного масла, витаминов за счет овощей, фруктов, круп, зелени, мяса.

Вводятся продукты, богатые калием и обладающие послабляющим действи-

ем (простокваша, чернослив, свекольный сок). Исключаются экстрактивные вещества, долго задерживающиеся в желудке и вызывающие брожение (капуста, виноград, фасоль). В случае недостаточности кровообращения IIА степени ограничивают потребление жидкости (на 1/3 от возрастной нормы) и поваренной соли.

При недостаточности кровообращения IIБ-III степени назначается стол № 10А. Назначение и характеристика диеты та же, что и диеты № 10. Все блюда готовятся без соли, пища дается в протертом виде. Химический состав: белки - 60 г, жиры - 50 г, углеводы - 30 г, содержание витаминов и минеральных веществ такое же, как в диете № 10; энергетическая ценность - 1900 ккал.

Профилактика и реабилитация артериальной гипертензии

Основным этиологическим фактором в возникновении артериальной гипертензии является нарушение деятельности центральной нервной системы, возникающее под влиянием тяжелых душевных переживаний, длительного нервного напряжения. Поэтому следует избегать психического, физического перенапряжения, конфликтных ситуаций. Отрицательно переживаемый хронический стресс принимает определенное участие как в возникновении, так и в прогрессировании АГ.

При стрессе, как известно, активируется симпатический отдел нервной системы, при этом из мозгового слоя надпочечников освобождается преимущественно адреналин, который в свою очередь опосредованно облегчает освобождение норадреналина.

Норадреналин становится активным в отношении α_1 - и β_1 -адренорецепторов гладкой мускулатуры сердца и сосудов и тем самым индуцирует АГ.

Следовательно, надо следить за своим психо-эмоциональным статусом и, если необходимо, обратиться к врачу. Необходимо строго соблюдать режим труда, отдыха, сна, устранять иные факторы, способствующие развитию невроза. Важное значение имеет выбор профессии, чувство удовлетворенности работой, создание нормальных условий - рабочий день не более 8 ч, устранение неудобств как на работе, так и дома. Крайне важно 1-2 раза в год измерять артериальное давление всем подросткам до 14 лет.

Необходимы активный двигательный режим - прогулки на свежем воздухе, занятия физкультурой, лечебная гимнастика, водные процедуры. Помимо этого, важен также рациональный режим питания - ограничение потребления продуктов с высоким содержанием холестерина, жирной пищи. Необходимо заменять мясные продукты рыбными, так как они имеют высокую пищевую и биологическую ценность и являются важным компонентом рационального питания. Также полезны морские продукты, в частности морская капуста, кальмары, мидии, креветки и др.

Также следует избегать приема пищи, содержащей легкоусвояемые и легко-

всасываемые углеводы (сахар, конфеты, варенье, сладости, сдоба), так как они усиливают образование жиров, особенно при малоподвижном образе жизни. Поэтому рекомендуется пища, богатая крахмалом (хлеб, картофель, крупы), которые этими отрицательными качествами не обладают. Полезен мед до 30-40 г в день. Рекомендуется пища, богатая овощами и фруктами, так как они обладают желчегонным эффектом, т.е. стимулируют секрецию желез пищеварительного тракта, тем самым улучшают переваривание и усвоение пищи, а именно углеводов и жиров, также стимулируют моторную активность кишечника благодаря высокому содержанию клетчатки, которая, как известно, не всасывается из-за отсутствия ферментов.

Помимо этого, вышеуказанные продукты богаты витаминами, особенно аскорбиновой кислотой, солями калия (улучшается работа сердца), содержат мало натрия, следовательно, это способствует выведению воды, а вместе с ней ядовитых веществ, образующихся при анаэробных процессах в кишечнике, а также понижению внутрисосудистого давления за счет выведения солей натрия. Полезны также разгрузочные дни (молочные, арбузные) и некоторые дифференцированные диеты, а также продукты, обогащенные солями калия и магния. Нарушение обмена веществ, в частности ожирение, является медико-социальной проблемой и в значительной степени оказывает влияние на возникновение и течение сердечно-сосудистых заболеваний (аритмии, атеросклероз, гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда и т.д.).

В происхождении ожирения ведущую роль играет систематическое переедание с преобладанием жирной и углеводистой пищи (особенно в сочетании с избыточным употреблением алкогольных напитков). Большое значение в развитии заболевания имеют малоподвижный, сидячий образ жизни, отсутствие физической нагрузки, наследственно-конституциональная предрасположенность к ожирению, а также нейроэндокринные нарушения (заболевания щитовидной и половых желез, гипофиза и промежуточного мозга, сопровождающиеся снижением основного обмена и нарушением центральных механизмов его регуляции). В возникновении ожирения определенную роль иг-

рают патологические процессы в поджелудочной железе, сопровождающиеся повышенной возбудимостью островков Лангерганса в ответ на прием пищи, что приводит к усиленной продукции инсулина и переводу избыточного количества сахара в гликоген.

В профилактике важное значение следует придавать диспансерному методу наблюдения, при этом важно включать в число активно обследуемых не только больных с выраженными формами болезни, но и тех, у кого установлена лишь тенденция к повышению артериального давления. Необходимо в процессе опроса выявлять сопутствующие заболевания. В частности, такое заболевание, как сахарный диабет, может являться этиологическим фактором в возникновении артериальной гипертензии. Артериальная гипертензия встречается у больных сахарным диабетом примерно в 2 раза чаще, чем у здоровых людей. Частота артериальной гипертензии среди больных сахарным диабетом колеблется от 20 до 60 %. Артериальная гипертензия значительно повышает риск развития сердечно-сосудистых и почечных осложнений, которые являются главными причинами преждевременной смерти. Диспансеризация включает динамическое наблюдение путем повторных осмотров каждые 3-6 месяцев, систематическое лекарственное и диетическое лечение, в том числе и санаторно-курортное.

Профилактика и реабилитация ИБС

Лица, страдающие ишемической болезнью сердца, должны находиться под диспансерном наблюдением у участкового врача. Следует избегать психического, физического перенапряжения, конфликтных ситуаций, строго соблюдать режим труда, отдыха, сна. Необходимо еще раз подчеркнуть вред курения, переедания, особенно в вечерние часы, длительных запоров. Доказано, что заболевания сердечно-сосудистой системы, в частности ишемическая болезнь сердца, у людей, злоупотребляющих алкоголем, протекают значительно тяжелее, чем у непьющих. Инфаркты миокарда у людей, злоупотребляющих спиртным, отличаются глубиной и обширностью. Можно применять таблетку нитроглицерина перед едой, перед выполнением определенной физической нагрузки, если больному известно, что они могут вызвать приступ. Не рекомендуется загорать, а при наличии солнца следует защищать голову. Все мероприятия можно условно поделить на:

- 1) мероприятия для больных с ишемической болезнью сердца и другими проявлениями атеросклероза;
- 2) мероприятия для здоровых людей с наличием факторов риска ишемической болезни сердца.

В профилактике и реабилитации больных с ишемической болезнью сердца и другими проявлениями атеросклероза нужно уделять внимание образу жизни - исключить вредные привычки, такие как курение, чрезмерное употребление алкоголя. Также особую роль играет пищевой рацион - больной должен есть несколько раз в день небольшими порциями, при этом пища должна быть сбалансированной, содержать минимальное количество жиров и легкоусвояемых углеводов. В пище должны преобладать овощи и фрукты, которые усиливают процессы всасывания в желудке и кишечнике, а также повышают моторику кишечника.

Кроме того, важны также оздоровительные тренировки - пробежки по утрам, умеренные физические нагрузки. При обследовании у специалистов необходимо исключить факторы риска развития ишемической болезни сердца -

нормализация артериального давления (140/90 мм рт. ст.), уровня липидов (общий холестерин менее 5,0 ммоль/л, ЛПНП менее 3,0 ммоль/л). При отсутствии положительных эффектов рекомендуется применять антигипертензивные и гипохолестеринемические препараты. При осложнениях проводят курсы медикаментозной терапии.

Аспирин снижает агрегацию (склеивание) тромбоцитов, препятствуя тем самым формированию кровяного тромба в просвете коронарной артерии.

Обычно назначают в дозе 75 мг 1 раз в сутки всем пациентам с ишемической болезнью сердца и другими проявлениями атеросклероза, за исключением тех, у которых ранее наблюдалось желудочно-кишечное кровотечение, имеет место активная язвенная болезнь или аллергия на аспирин. Аспирин можно назначать длительно, на протяжении всей жизни. При появлении гастроэнтерологических жалоб ("голодной" боли в эпигастральной области, чувства тяжести и быстрого насыщения после еды) с профилактической целью следует принимать омепразол 20 мг утром за 30 мин до первого приема пищи (или другой блокатор протонового насоса: лансопразол, пантопразол, рабепразол, эзомепразол в адекватной дозировке).

В последнее время с антиагрегантной целью в случае непереносимости аспирина рекомендуют принимать клопидогрель или тиклопидин.

β-блокаторы снижают частоту сердечных сокращений, артериальное давление. Специалисты показали, что некоторые препараты этой группы снижают риск будущих сердечных приступов и внезапной сердечной смерти. Препараты могут приниматься длительно.

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента снижают сопротивление току крови в артериальных сосудах, снижая тем самым нагрузку (постнагрузку) на сердце, что повышает эффективность его насосной функции.

Гиполипидемические (снижающие в крови уровень холестерина и триглицеридов) препараты, преимущественно статины, назначаются пациентам на длительный период с повышенным содержанием в крови холестерина и триглицеридов (соответственно, гиперлипидемией и гипертриглицеридемией).

ей). Препараты позволяют снизить риск возникновения повторных сердечных приступов и других сердечно-сосудистых заболеваний.

Обычно статины назначаются в том случае, если диетические ограничения и физическая активность не привели к нормализации обмена жиров в организме.

При лечении больных с ишемической болезнью сердца также необходимо обследовать ближайших родственников больных с ранней (мужчины < 55 лет, женщины < 65 лет) ишемической болезнью сердца, так как на развитии болезни может сказаться генетическая предрасположенность.

Профилактика и реабилитация здоровых людей с наличием факторов риска ишемической болезни сердца мало чем отличается от профилактики и реабилитации больных с ишемической болезнью сердца и другими проявлениями атеросклероза, за исключением строгости соблюдения образа жизни. Помимо этого, в качестве медикаментозной терапии можно ограничиться применением аспирина (75 мг).

В профилактике также необходимо выявлять и лечить заболевания, способствующие развитию атеросклероза, таких как гипертоническая болезнь и сахарный диабет.

С наступлением менопаузы частота сердечных приступов у женщин резко возрастает. С этого времени женщины умирают от сердечных приступов в 4 раза чаще, чем от рака груди и эндометрия, вместе взятых, по количеству инфарктов и инсультов быстро догоняя мужчин.

Заключение

Сегодня сердечно-сосудистые заболевания являются "убийцей номер один" во всех развитых и многих развивающихся странах. Сердечная недостаточность стоит на третьем месте среди причин госпитализации и на первом месте у лиц старше 65 лет. В возрастной группе старше 45 лет каждые 10 лет заболеваемость удваивается. Современные принципы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний основаны на борьбе с факторами риска. Проведенные в нашей стране и за рубежом крупные профилактические программы показали, что это возможно, и снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, наблюдается в последние годы в некоторых странах, лучшее тому доказательство. Основные привычки образа жизни закладываются в детском и юношеском возрасте, поэтому особенно актуальным становится обучение детей здоровому образу жизни, чтобы предупредить развитие у них привычек, являющихся факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (курение, переедание и другие).

Литература

1. А. Н. Смирнов, А. М. Врановская-Цветкова «Внутренние болезни», - Москва, 1992.
2. Р. А. Гордиенко, А. А. Крылов «Руководство по интенсивной терапии», - Ленинград, 1986
3. Н. Н. Аносов, Я. А. Бендет «Физическая активность и сердце», - Киев, 1984.
4. В. С. Гасилин, Б. А. Сидоренко «Ишемическая болезнь сердца», - Москва, 1987
5. Е. Е. Гогин «Диагностика и лечение внутренних болезней», - Москва, 1991