Тверская

Государственная

Медицинская Академия

**РЕФЕРАТ**

**По гериартрии**

На тему: Особенности лечения сердечно-сосудистой системы у лиц пожилого возраста.

ВСО

Группа 404

Ст-т. Дерябкина Ю.Л.

**СОДЕРЖАНИЕ:**

1.Введение……………………………………………………………………………3-5 стр..

2. Цели лечения сердечно-сосудистых заболеваний

у пожилых людей………………………………………………………………….6 стр.

3. Артериальная гипертония у лиц пожилого возраста………….7-9 стр.

4. Сердечная недостаточность у пожилых людей……………………9-10 стр.

5. Стабильная стенокардия у пожилых людей………………………11-12 стр.

6. Общие принципы ухода за больными пожилого

Возраста……………………………………………………………………………..12-14 стр.

7. Сестринский процесс и лечение людей пожилого возраста при

заболеваниях сердечно-сосудистой системы………………………15-16 стр.

8.Список используемой литературы…………………………………….17 стр.

**ВВЕДЕНИЕ.**

*Возрастное развитие человека заключается во взаимодействии двух основных процессов: старения и витаукта.* Старение - универсальный эндогенный разрушительный процесс, прояв­ляющийся в повышении вероятности смерти. Витаукт (лат. *vita-* жизнь, *auctum-* увеличивать) - процесс, стабилизирующий жизнеспособность и увеличивающий продолжительность жизни. Не являясь болезнью, старение создаёт предпосылки развития возрастной патологии. Процесс старе­ния - непрерывный постепенный переход от этапа к этапу: оптимальное состояние здоровья - на­личие факторов риска развития заболеваний - появление признаков патологии - потеря трудо­способности - летальный исход.

Темп старения может быть выражен количественно с помощью показателей, отражающих снижение жизнеспособности и увеличение повреждаемости организма. Одним из таких парамет­ров является возраст.

Возраст - длительность существования организма от рождения до настоящего момента. Действующие до настоящего времени современные возрастные нормативы были приняты Евро­пейским регионарным бюро ВОЗ в 1963 г.

|  |  |
| --- | --- |
| **Возраст — терминология** | **Возраст — годы** |
| Молодой возраст | 18-29 |
| Зрелый возраст | 30-44 |
| Средний возраст | 45-59 |
| Пожилой возраст | 60-74 |
| Старческий возраст | 75-89 |
| Долгожители | 90 и старше |

В настоящее время в мире насчитывают более 380 млн человек, возраст которых превышает 65 лет. В России пятую часть всего населения составляют люди пожилого и старческого возраста. В ближайшие 10 лет ожидают увеличения количества граждан старших возрастов примерно в 2 раза, т.е. уже 40% населения будет находиться в категории пожилого и старческого возраста. Уровень заболеваемости у пожилых людей по сравнению с лицами более молодого возраста выше в 2 раза, в старческом возрасте - в 6 раз.

Процессы старения человека изучает геронтология (греч. *gerents -* старик, *logos -* учение, наука). Геронтология - пограничная область биологии и медицины, изучающая не столько старость, сколько процесс старения человека. Геронтология включает в себя такие крупные основные разделы, как гериатрию, герогигиену, геропсихологию, социальную геронтологию и др.

**Гериатрия** (греч. *gerents*- старик, *atria -* лечение) - пограничный раздел геронтологии и внутренних болезней, изучающий особенности заболеваний людей пожилого и старческого возраста и разрабатывающий методы их лечения и профилактики.

**Основные особенности больных пожилого и старческого возраста**

Патологические изменения, характерные для людей пожилого и старческого возраста, начинают проявляться уже с 40-50 лет.

1.   Инволюционные (связанные с обратным развитием) функциональные и морфологические изменения со стороны различных органов и систем. Например, с возрастом снижаются пока-  
затели жизненной ёмкости лёгких, бронхиальной проходимости, величина клубочковой фильтрации в почках, увеличивается масса жировой ткани и уменьшается мышечная масса (включая диа-  
фрагму).

2. Наличие двух и более заболеваний у одного пациента. В среднем при обследовании пациента пожилого или старческого возраста у него выявляют не менее пяти болезней. В связи с этим клиническая картина заболеваний «смазывается», снижается диагностическая ценность различных симптомов. С другой стороны, сопутствующие заболевания могут усиливать друг друга. Например, анемия у пациента с ИБС может вызвать клинические проявления сердечной недостаточности.

3. Преимущественно хроническое течение заболеваний. Прогрессированию большинства хронических заболеваний способствуют возрастные неблагоприятные эндокринно-обменные и иммунные сдвиги.

4.   Нетипичное клиническое течение заболеваний. Нередко выявляют более медленное и замаскированное течение болезни (пневмонии, инфаркта миокарда, туберкулёза лёгких, неопластических процессов, сахарного диабета и др.).

Например, лихорадка у пожилых больных может  
быть одним из основных, если не единственным, проявлением туберкулёза или инфекционного эндокардита, абсцессов брюшной полости.

5. Наличие «старческих» болезней (остеопороза, доброкачественной гиперплазии предстательной железы, болезни Альцгеймера, старческого амилоидоза и др.).

6. Изменение защитных, в первую очередь иммунных, реакций.

7.   Изменение социально-психологического статуса. Основными причинами социальной дезадаптации выступают выход на пенсию, утрата близких и друзей в связи с их смертью, одиночество и ограничение возможностей общения, трудности самообслуживания, ухудшение экономического положения, психологическое восприятие возрастного рубежа старше 75 лет независимо от  
состояния здоровья. На этом фоне нередко развиваются такие нарушения, как тревожные состояния, депрессии, ипохондрический синдром (патологически преувеличенное опасение за своё здоровье, убеждённость в наличии того или иного заболевания при его фактическом отсутствии).

Рациональное ведение пожилого больного предполагает обязательное достижение взаимопонимания и согласия в триаде «больной - медицинская сестра - врач». Степень выполнения больным врачебных рекомендаций обозначают в медицинской литературе термином «комплайенс» (англ. compliance - согласие). Сам по себе старческий возраст не служит причиной недостаточного комплайенса, поскольку правильный подход вполне обеспечивает достижение последнего - использование словесных и письменных инструкций, уменьшение числа назначаемых медикаментов, предпочтение пролонгированных лекарственных форм и комбинированных препаратов и др.

**ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ .**

Так же, как и в других возрастных группах, главные цели лечения у пожилых – улучшение качества и увеличение продолжительности жизни. Для врача, знакомого с основами гериатрии и особенностями клинической фармакологии у пожилых, обе эти цели в большинстве случаев достижимы.

**Что важно знать, назначая лечение пожилым людям?**

Особенности течения заболеваний в пожилом возрасте (иная симптоматика, полиморбидность).

Особенности обмена веществ у пожилых, влияющие на фармакокинетику и фармакодинамику препаратов.

Особенности назначения препаратов.

Особенности контроля за эффективностью и безопасностью лечения.

Препараты, часто вызывающие побочные эффекты у пожилых.

В рамках данного реферата рассмотрены особенности лечения у пожилых больных самых частых сердечно–сосудистых заболеваний:

1. Артериальная гипертония, в т.ч. изолированная систолическая АГ ;
2. Сердечная недостаточность ;
3. ИБС ;
4. Артериальная гипертония у пожилых ;

**АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.**

Артериальная гипертония (АГ), по различным оценкам, встречается у 30–50% лиц старше 60 лет. Диагностика и лечение этого заболевания имеют ряд важных особенностей.

Из–за высокой распространенности АГ, особенно изолированного повышения систолического АД среди лиц пожилого возраста, это заболевание долгое время рассматривалось, как некое сравнительно доброкачественное возрастное изменение, активное лечение которого могло ухудшить самочувствие из–за чрезмерного снижения АД. Также опасались большего, чем в молодом возрасте, числа побочных эффектов лекарственной терапии. Поэтому врачи прибегали к снижению давления у пожилых только при наличии клинических симптомов (жалоб), связанных с повышенным АД. Однако к началу 90–х годов XX века было показано, что регулярная длительная антигипертензивная терапия достоверно снижает риск развития основных сердечно–сосудистых осложнений АГ – мозгового инсульта, инфаркта миокарда и сердечно–сосудистой смертности. Мета–анализ 5 рандомизированных клинических исследований, включавших более 12 тыс пожилых больных (в возрасте >60 лет), показал, что активное снижение АД сопровождалось снижением сердечно–сосудистой смертности на 23%, случаев ИБС – на 19%, случаев сердечной недостаточности – на 48%, частоты инсультов – на 34%.

Обзор основных проспективных рандомизированных исследований показал, что у пожилых больных с АГ медикаментозное снижение АД в течение 3–5 лет достоверно уменьшает частоту возникновения сердечной недостаточности на 48%. Таким образом, сегодня нет никаких сомнений в том, что пожилые больные с АГ получают реальную выгоду от снижения АД. Однако после постановки диагноза и принятого решения о лечении пожилого больного с АГ необходимо учесть ряд обстоятельств.

Пожилые люди очень хорошо реагируют снижением АД на ограничение потребления соли и уменьшение массы тела.

Стартовые дозы гипотензивных препаратов составляют половину обычной начальной дозы. Титрование дозы происходит медленнее, чем у других больных. Следует стремиться к постепенному снижению АД до 140/90 мм рт.ст. (при сопутствующем сахарном диабете и почечной недостаточности целевой уровень АД – 130/80 мм рт.ст.). Необходимо учитывать исходный уровень АД, длительность гипертонии, индивидуальную переносимость снижения АД.

Сопутствующее снижение диастолического АД у больных с изолированной систолической АГ не является препятствием для продолжения терапии. В исследовании SHEP средний уровень диастолического АД по группе леченых больных составил 77 мм рт.ст., и это соответствовало улучшению прогноза.

Тиазидные диуретики, b-адреноблокаторы и их комбинации оказались эффективными с точки зрения снижения риска сердечно–сосудистых осложнений и смертности у пожилых больных с АГ, причем диуретики (гидрохлоротиазид, амилорид) имели преимущество над b-адреноблокаторами. Недавно завершенное крупное исследование ALLHAT со всей очевидностью подтвердило пользу диуретиков в лечении АГ у всех возрастных групп. В 7 Докладе Объединенного Национального Комитета США по выявлению, профилактике и лечению артериальной гипертонии (2003 г.) диуретикам отводится ведущая роль как в монотерапии, так и в комбинированном лечении АГ. В настоящее время проводится клиническое исследование HYVET с участием 2100 больных с артериальной гипертонией в возрасте 80 лет и старше. Больные будут рандомизированы на группы лечения плацебо и диуретиком индапамидом (в т.ч. в комбинации с ингибитором АПФ периндоприлом). Целевой уровень АД в этом исследовании – 150/80 мм рт.ст., первичная конечная точка – мозговой инсульт, вторичная – общая смертность и смертность от сердечно–сосудистых заболеваний.

В проведенных исследованиях показана эффективность анатагониста кальция амлодипина (Амловас). Показано преимущество использования амлодипина в снижении АД по сравнению с другим антагонистом кальция – дилтиаземом.

Длительность действия амлодипина 24 часа, что способствует однократному приему в сутки и обеспечивает удобство в применении.

В исследовании THOMS отмечено снижение индекса массы миокарда левого желудочка в группе больных, принимавших амлодипин.

Ингибиторы АПФ являются препаратами выбора, по крайней мере, для двух категорий больных пожилого возраста с АГ – 1) с дисфункцией левого желудочка и/или сердечной недостаточностью; 2) с сопутствующим сахарным диабетом.

Это основано на доказанном снижении сердечно–сосудистой смертности в первом случае и замедлении развития почечной недостаточности – во втором. При непереносимости ингибиторы АПФ могут быть заменены антагонистами ангиотензиновых рецепторов.

a-адреноблокаторы (празозин, доксазозин) не рекомендуются для лечения АГ у пожилых из–за частого развития ортостатических реакций. Кроме того, в крупном клиническом исследовании ALLHAT показано повышение риска сердечной недостаточности на фоне лечения АГ a-адреноблокаторами.

**СЕРДЕЧНАЯ НАДОСТАТОЧНОСТЬ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ.**

В настоящее время хронической сердечной недостаточностью (ХСН) страдает 1–2% населения развитых стран. Ежегодно хроническая сердечная недостаточность развивается у 1% лиц старше 60 лет и у 10% лиц в возрасте >75 лет.

Несмотря на достигнутый в последние десятиления значительный прогресс в разработке терапевтических алгоритмов лечения ХСН с помощью различных препаратов и их комбинаций, специфика лечения пожилых и престарелых больных остается малоизученной. Основной причиной этого оказалось целенаправленное исключение из большинства проспективных клинических исследований по лечению ХСН лиц старше 75 лет – прежде всего женщин (которые составляют более половины всех пожилых лиц с ХСН),

а также лиц с сопутствующими заболеваниями (также, как правило, пожилых). Поэтому до получения данных клинических исследований, специально спланированных для популяции пожилых и престарелых людей с ХСН, следует руководствоваться доказанными принципами лечения ХСН у людей среднего возраста – с учетом вышеизложенных возрастных особенностей пожилых и индивидуальных противопоказаний.

Пожилым больным с ХСН назначают ингибиторы АПФ, диуретики, b-адреноблокаторы, спиронолактон, как препараты, доказанно улучшающие выживаемость и качество жизни. При наджелудочковых тахиаритмиях на фоне ХСН весьма эффективен дигоксин. При необходимости лечения желудочковых аритмий на фоне ХСН предпочтение следует отдавать амиодарону, поскольку он в минимальной степени влияет на сократимость миокарда. При тяжелых брадиаритмиях на фоне ХСН (синдром слабости синусового узла, внутрисердечные блокады) следует активно рассматривать возможность имплантации кардиостимулятора, который нередко существенно облегчает возможности фармакотерапии.

Крайне важное значение для успешного лечения ХСН у пожилых имеет своевременное выявление и устранение/коррекция сопутствующих заболеваний, зачастую скрытых и малосимптомных (истощение, анемия, дисфункция щитовидной железы, болезни печени и почек, обменные нарушения и др.).

**СТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ У ПОЖИЛЫХ.**

Пожилые люди составляют большинство больных ИБС. Почти 3/4 случаев смерти от ИБС происходит среди лиц старше 65 лет, и почти 80% лиц, умерших от инфаркта миокарда, относятся к этой возрастной группе. Вместе с тем более чем в 50% случаев смерть лиц старше 65 лет наступает от осложнений ИБС.

Распространенность ИБС (и, в частности, стенокардии) в молодом и среднем возрасте выше среди мужчин, чем среди женщин, однако к 70–75 годам частота ИБС среди мужчин и женщин сравниваются (25–33%). Ежегодная смертность среди больных этой категории составляет 2–3%, кроме этого, еще у 2–3% больных может развиться нефатальный инфаркт миокарда.

Особенности ИБС в пожилом возрасте:

- Атеросклероз сразу нескольких коронарных артерий ;

- Часто встречается стеноз ствола левой коронарной артерии ;

- Часто встречается снижение функции левого желудочка;

- Часто встречаются атипичная стенокардия, безболевая ишемия миокарда (вплоть до безболевых ИМ);

Риск осложнений при плановых инвазивных исследованиях у пожилых повышен незначительно, поэтому пожилой возраст не должен служить препятствием для направления больного на коронароангиографическое исследование.

Особенности лечения стабильной стенокардии у пожилых.

Подбирая медикаментозную терапию пожилым больным, следует помнить, что лечение ИБС у пожилых осуществляется по тем же принципам, что и в молодом и среднем возрасте, однако с учетом некоторых особенностей фармакотерапии.

Эффективность медикаментозных препаратов, назначаемых при ИБС, с возрастом, как правило, не изменяется. Активная антиангинальная, анитишемическая, антиагрегантная и гиполипидемическая терапия позволяет существенно снизить частоту осложнений ИБС у пожилых людей. По показаниям используют все группы лекарственных средств – нитраты, b-адреноблокаторы, антиагреганты, статины. Однако доказательных исследований, специально посвященных лечению ИБС у людей старшего и преклонного возраста, пока недостаточно.

В то же время доказанное преимущество блокатора кальцевых каналов амлодипина в дозе 5–10 мг/сут в снижении частоты эпизодов ишемии миокарда (данные Холтеровского мониторирования). Снижение частоты болевых приступов по сравнению с плацебо делают перспективным использование препарата у данной категории больных, особенно у тех, кто страдает АГ. В последние годы проводятся клинические исследования, специально посвященные эффективности медикаментозного лечения ИБС у пожилых.

**ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.**

**Медицинская этика.** При уходе за больными пожилого и старческого возраста особое значение имеет соблюдение норм медицинской этики и деонтологии. Нередко медсестра становится для пациента, особенно одинокого, единственно близким человеком. К каждому больному необходим индивидуальный подход с учётом личностных особенностей пациента и его отношения к болезни. Для установления контакта медсестра должна разговаривать спокойным приветливым голосом, обязательно здороваться с больными. Если пациент слепой, следует ежедневно, входя утром в палату, представляться. К больным нужно обращаться с уважением, по имени и отчеству. Недопустимо называть пациента фамильярно «бабушка», «дедушка» и пр.

Гериатрические больные нередко «уходят в себя», «прислушиваются» к своему состоянию, у них появляются раздражительность, плаксивость. Подготовка пациента к различным медицинским манипуляциям, умение слушать, сопереживать и давать советы являются важными факторами в успешном лечении. Однако медсестра самостоятельно, помимо врача, не должна давать больному или его родственникам информацию о характере и возможном исходе его заболевания, обсуждать результаты исследования и методы лечения.

**Проблема бессонницы.** Пожилые пациенты часто жалуются на бессонницу, у них меняется режим сна - нередко они спят больше днём, а ночью ведут более активный образ жизни (едят, ходят по палате, читают).

Часто употребляемые больными в этом случае снотворные препараты могут быстро вызвать привыкание. Кроме того, на фоне приёма снотворных средств могут появиться слабость, головные боли, ощущение утренней «разбитости», запоры. При необходимости снотворные средства назначает врач. Медсестра может рекомендовать больному приём лекарственных трав (например, отвар пустырника по 10-15 мл за 40 мин до отхода ко сну), 10- 20 капель «Валокордина», стакан тёплого молока с растворённым в нём медом (1 ст.л.) и т.п.

**Обеспечение мероприятий личной гигиены.** Часто больному пожилого и старческого возраста трудно себя обслуживать. Следует оказывать ему помощь при смене постельного и нательного белья, при необходимости - осуществлять уход за волосами, ногтями и др. Необходимо следить за состоянием полости рта пациента. Медсестра должна после каждого приёма пищи больным давать ему кипячёную воду, чтобы он мог тщательно прополоскать рот. Тяжелобольному медсестра обязана протирать рот тампоном, смоченным 1% раствором водорода перекиси или раствором натрия гидрокарбоната. При уходе за пациентом, длительно находящимся на постельном режиме, необходимо осуществлять тщательный уход за кожей и проводить профилактику пролежней. Медсестра должна помогать больному изменять положение в постели, периодически, если позволяет его состояние, усаживать на кровати, для устойчивости подперев со всех сторон подушками, слегка массировать спину, ступни ног и кисти рук.Следует контролировать физиологические отправления больных и при необходимости регулировать функцию кишечника диетой (включением в пищевой рацион сухофруктов, молочно-кислых продуктов и др.), применением по назначению врача слабительных препаратов или постановкой клизм.

О любом ухудшении самочувствия больного, появлении новых симптомов медсестра должна немедленно информировать врача. До его прихода нужно уложить пациента или помочь принять ему соответствующее положение (например, при удушье больному следует принять положение сидя или полусидя), обеспечить покой, при необходимости - оказать первую помощь.

**Профилактика травматизма.** С особым вниманием следует отнестись к профилактике возникновения возможных травм. Ушибы и переломы (особенно шейки бедренной кости) обездвиживают больных, сопровождаются развитием таких осложнений, как пневмония, тромбоэмболия лёгочной артерии, которые могут приводить к летальному исходу.

При мытье больного в ванне нужно поддерживать его, помогать заходить и выходить из ванны, на полу должен быть постелен резиновый коврик, чтобы пациент не поскользнулся. Медсестра обязана следить за состоянием больничных помещений, их достаточной освещённостью. На полу не должны находиться посторонние предметы, недопустимо наличие разлитой жидкости, так как больной может их не заметить и упасть. Коридоры гериатрического отделения должны быть просторными, не загроможденными мебелью, вдоль стен коридора нужно закрепить перила, чтобы больные могли за них держаться.

**Контроль приёма лекарств.** Медсестра должна контролировать приём больными назначенных лекарственных препаратов. При снижении памяти и развитии деменции (лат. *dementia -*слабоумие) пациенты могут забыть принять лекарство или, наоборот, принять его повторно. Поэтому больные пожилого и старческого возраста должны быть обеспечены чёткими инструкциями, данными врачом не только в устной форме, но и письменно. Необходимо следить за водным балансом, так как недостаточное потребление жидкости может способствовать повышению концентрации в организме назначенных препаратов, появлению побочных эффектов и развитию лекарственной интоксикации.

**СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС И ЛЕЧЕНИЕ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.**

Особенности заболеваний ССС в пожилом и старческом возрасте обусловлены, как и болезни других органов и систем, иволютивными процессами в организме, но в первую очередь -склеротическим поражением как сосудов, так и сердца.

•        При склерозировании аорты, венечных, церебральных и почечных артерий уменьшается их эластичность; уплотнение сосудистой стенки ведёт к постоянному повышению периферического сопротивления.

•        Возникают извитость и аневризматическое расширение капилляров и артериол, развиваются их фиброз и гиалиновое перерождение, что ведёт к облитерации сосудов капиллярной сети, ухудшающей трансмембранный обмен.

•        Кровоснабжение основных органов становится не вполне адекватным.

•      В результате недостаточности коронарного кровообращения развиваются дистрофия  
мышечных волокон, их атрофия и замещение соединительной тканью. Формируется атеросклерозэтический кардиосклероз, приводящий к сердечной недостаточности и нарушениям ритма сердца.

•        Вследствие склерозирования миокарда снижается его сократительная способность, развивается дилатация полостей сердца.

•        «Старческое сердце» (возрастные изменения в сердечной мышце) выступает одним из главных факторов развития сердечной недостаточности вследствие изменений нейрогуморальной регуляции и длительной гипоксии миокарда.

В пожилом возрасте активизируется система свёртывания крови, развивается функциональная недостаточность противосвёртывающих механизмов, ухудшается реология крови.

В пожилом и старческом возрасте формируется ряд особенностей гемодинамики: повышается главным образом систолическое АД, снижаются венозное давление, сердечный выброс, позднее и минутный объём и др.

Наиболее часто у лиц пожилого и старческого возраста повышается систолическое АД (более 140 мм рт.ст.) и развивается так называемая изолированная систолическая артериальная гипертензия. С возрастом стенки крупных сосудов теряют свою эластичность, появляются атеросклеротические бляшки, в мелких сосудах развиваются органические изменения. В результате снижается мозговой, почечный и мышечный кровоток. До настоящего времени не разработана система нормативных величин АД в зависимости от возраста - повышение АД у лиц пожилого и старческого возраста ряд специалистов рассматривает как нормальное компенсаторное явление.

При уходе за пациентом необходимо помнить, что ухудшение состояния у больных ИБС пожилого и старческого возраста могут спровоцировать сопутствующие бронхолёгочные заболевания, физическая нагрузка, переедание, психоэмоциональный стресс, острые инфекции, воспалительные процессы в мочевыводящих путях, оперативные вмешательства и др.

Медицинская сестра должна активно работать с больными, объясняя им необходимость борьбы с вредными привычками. Следует разъяснить больному, что после выкуренной сигареты увеличивается частота и сила сердечных сокращений, сужаются сосуды, повышается АД. У курильщиков чаще отмечается злокачественное течение артериальной гипертензии, снижается эффект лечения, почти в 2 раза увеличивается смертность от сердечно-сосудистых заболеваний.

Больным пожилого и старческого возраста необходимы небольшой отдых днём и спокойный сон ночью. Полезны целенаправленные упражнения на расслабление. Больному необходим пищевой рацион, в меру насыщенный калориями и богатый витаминами. Следует отказаться от употребления животных жиров, сладостей, «перехвата» между основными приёмами пищи, так как излишняя масса тела мешает работе сердца.

Людям пожилого и старческого возраста рекомендуют по возможности регулярные занятия физическими упражнениями, дыхательную гимнастику.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.**

1. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. «Национальные рекомендации по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности». «Сердечная недостаточность», 2002, №6: 3–8

1. Лазебник Л.Б., Комиссаренко И.А., Гусейнзаде М.Г., Преображенская И.Н. «Бета–адреноблокаторы в гериатрической практике» РМЖ, 1999, т 7 №16: 66–70

1. Лазебник Л.Б., Комиссаренко И.А., Милюкова О.М. «Медикаментозное лечение изолированной систолической гипертонии у пожилых» РМЖ, 1998, т 6, №21: 25–29

1. Лазебник Л.Б., Постникова С.Л. «Хроническая сердечная недостаточность у людей пожилого возраста» РМЖ, 1998, т 6, №21: 34–38