Московский Гуманитарный Университет

**Факультет социальной работы и информационных систем**

**Курсовая работа**

**«Инфаркт миокарда как социально значимая проблема»**

**2005 г.**

СОДЕРЖАНИЕ:

1. Введение - 3
2. Группы риска и факторы риска инфаркта миокарда. - 5
3. Социальные проблемы лиц, перенесших инфаркт миокарда. - 26
4. Заключение - 32
5. Список используемой литературы - 34

ВВЕДЕНИЕ

ХХI век характеризуется многими социальными проблемами, в том числе ростом заболеваемости и смертности населения. Нынешний этап развития нашего общества связан с демографическим кризисом, снижением продолжительности жизни, снижением психического состояния населения страны, что вызывает обеспокоенность многих ученых и специалистов.

Особую остроту в период социальных перемен приобретает проблема заболеваемости инфарктом миокарда.

Факторы риска (курение, избыточный вес, гиперхолестеринэмия, нарушение питания, стрессы, наследственность, условия труда и отдыха, гиподинамия, возраст) наносят непоправимый урон физическому здоровью населения России.

Это обстоятельство определило, в частности, внимание к проблеме заболевания инфарктом миокарда со стороны медицины, но в гораздо меньшей степени оно осмысливается в рамках социологии. Это говорит о том, что общество еще не осознает заболевание инфарктом миокарда как социально значимую проблему. Хотя медицинские исследования убедительно доказывают разрушительное воздействие факторов риска на возникновение инфаркта миокарда.

Среди различных заболеваний населения ряд болезней имеет особо важное социальное значение. Значимость таких заболеваний связана не только и даже не столько с их широким распространением, сколько с той ролью, которые эти заболевания играют в смертности и инвалидизации населения, в экономическом ущербе для экономики страны из – за временной утраты трудоспособности, инвалидности и преждевременной смерти.

Одной из самых актуальных проблем научной медицины практического здравоохранения второй половины ХХ века и начале ХХI века являются болезни системы кровообращения. Социальное значение этих заболеваний определяется не только, а вернее не столько частотой распространения, сколько их тяжестью. Эти болезни занимают ведущее второе место среди всех причин смерти в большинстве экономически развитых странах мира, в том числе и в России. В нашей стране болезни системы кровообращения занимают первое место среди причин инвалидности.

Предметом исследования курсовой работы – инфаркт миокарда как социально значимое заболевание.

Объектом исследования курсовой работы – инфаркт миокарда.

Цель исследования – рассмотреть инфаркт миокарда как заболевание, имеющее социальную значимость.

Задачи исследования: - охарактеризовать группы риска по

инфаркту миокарда;

- изучить социальные проблемы лиц, перенесших

инфаркт миокарда.

1. ГРУППЫ РИСКА И ФАКТОРЫ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА

До конца Х1Х века инфаркт миокарда практически не диагносцировался а в первое десятилетие ХХ века он оставался казусом.

В 1909 г. на первом съезде российских терапевтов В. П. Образцов и Н. Д. Стражеско дали классическое описание инфаркта миокарда (status anginisus, status asthmaticus и status gastralgicus). С тех пор диагноз инфаркта миокарда перестает быть редкостью. С 30-х годов ХХ века частота возникновения инфаркта миокарда неуклонно возрастала. Следует, конечно, учитывать такие факторы, как увеличение числа лиц пожилого и старческого возраста, улучшение диагностики, возрастание количества вскрытий и совершенствование медицинской статистики. Все же увеличение заболеваемости в целом и «омоложение» инфаркта миокарда не вызывают сомнений. [3]

Инфаркт миокарда - это ограниченный некроз сердечной мышцы. Некрозы в большинстве случаев коронарогенные или ишемические. Реже встречаются некрозы без коронарного повреждения: при стрессе - глюкокортикоиды и катехоламины резко повышают потребность миокарда в кислороде; при некоторых эндокринных нарушениях; при нарушениях электролитного баланса.

Сейчас инфаркт миокарда рассматривается только как ишемический некроз, т.е. как повреждение миокарда вследствие ишемии, обусловленной окклюзией коронарных артерий. Самая частая причина - тромб, реже - эмбол. Возможен также инфаркт миокарда при длительном спазме коронарных артерий. Тромбоз чаще всего наблюдается на фоне атеросклеротического повреждения венечных артерий. При наличии атероматозных бляшек происходит завихрение потока крови.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Липовецкий Б.М. Инфаркт, инсульт, факторы риска. – М.: Наука.1999 г. 301 с.

Кроме того, вследствие нарушенного липидного обмена при атеросклерозе увеличивается свертываемость крови, что отчасти связано также со снижением активности тучных клеток, вырабатывающих гепарин. Повышенная свертываемость крови + завихрения способствуют образованию тромбов. Кроме того, к образованию тромбов может вести распад атероматозных бляшек, кровоизлияния в них.

Инфаркт миокарда - очень распространенное заболевание, является самой частой причиной внезапной смерти. Проблема инфаркта до конца не решена, смертность от него продолжает увеличиваться. Сейчас все чаще инфаркт миокарда встречается в молодом возрасте. В возрасте от 35 до 5О лет инфаркт миокарда встречается в 5О раз чаще у мужчин, чем у женщин. У 6О-8О% больных инфаркт миокарда развивается не внезапно, а имеет место предынфарктный синдром.

Чаще всего инфаркт миокарда начинается с нарастающих болей за грудиной, нередко носящих пульсирующий характер. Характерна обширная иррадиация болей - в руки, спину, живот, голову и т.д. Больные беспокойны, тревожны, иногда отмечают чувство страха смерти. Болевой синдром длительный, не снимается анальгетиками. Болевой синдром снимается нитратами – что способствует расширению коронарных сосудов и улучшению по ним кровотока и наркотическими препаратами. Возникают различные расстройства ритма сердца.

1-й период длится от нескольких часов до 2-х суток.

2-й период - острый (воспалительный), характеризуется возникновением некроза сердечной мышцы на месте ишемии. Боли, как правило проходят. Длительность острого периода до 2-х недель. Период рубцевания длится 4-6 недель. Характерным для него является нормализация показателей ферментов крови.[6]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Руксин В.В. Неотложная кардиология. – 3 – е изд., перераб. и доп. – СПб.: «Невский диалект»; М.: «Издательство БИНОМ», 2000. – 503 с.

Нормализуется температура тела и исчезают все другие признаки острого процесса: измеряется ЭКГ, на месте некроза развивается соединительно – тканный рубец. Субъективно больной чувствует себя здоровым.

Период реабилитации, восстановительный - длится от 6-ти месяцев до 1 года. Клинически никаких признаков нет. В этот период происходит компенсаторная гипертрофия интактных мышечных волокон миокарда, развиваются другие компенсаторные механизмы. Происходит постепенное восстановление функции миокарда.

Существуют также атипичные формы инфаркта миокарда:

1.Абдоминальная форма. Этот вариант редкий.

2.Астматическая форма. Она встречается чаще у пожилых людей с кардиосклерозом или при повторном инфаркте, или при очень обширных инфарктах.

3.Мозговая форма. На первом плане симптомы нарушения мозгового кровообращения по типу инсульта с потерей сознания, встречается чаще у пожилых людей со склерозом сосудов головного мозга.

4.Немая или безболевая форма иногда является случайной находкой при диспансеризации. Из клинических проявлений: вдруг стало “дурно”, возникла резкая слабость, липкий пот, затем все, кроме слабости, проходит. Такая ситуация характерна для инфаркта в пожилом возрасте и при повторных инфарктах миокарда.

5.Аритмическая форма: главный признак пароксизмальная тахикардия, болевой синдром может отсутствовать.

6.Тромбоэмболическая. [1]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.Сыркин А.Л. Инфаркт миокарда – М.: Наука, 2003 г. – 264 с.

Инфаркт миокарда очень тяжелое заболевание с частым летальным исходом, особенно часты осложнения в I и II периодах.

Существует четыре периода осложнения инфаркта миокарда:

I период - нарушения ритма

II период - возможны осложнения первого периода + собственно осложнения II периода.

III период – постинфарктный синдром. Возникает хроническая аневризма сердца в результате растяжения постинфарктного рубца. Появляются или долго сохраняются признаки воспаления.

IV период - реабилитации.

Реабилитации различают:

а) Физическая - восстановление до максимально возможного уровня функции сердечно-сосудистой системы. Необходимо добиваться адекватной реакции на физическую нагрузку, что достигается в среднем через 2-6 недель физических тренировок, которые развивают коллатеральное кровообращение.

б) Психологическая - у больных, перенесших инфаркт миокарда, нередко развивается страх перед повторным инфарктом. При этом может быть оправдано применение психотропных средств.

в) Социальная реабилитация - больной после перенесенного инфаркта миокарда считается нетрудоспособным 4 месяца, затем его направляют на МСЭК. 5О% больных к этому времени возвращается к работе, то есть трудоспособность практически полностью восстанавливается. Если возникают осложнения, то временно устанавливается группа инвалидности, обычно вторая, на 6-12 месяцев. [5]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Абзалова М.Х. Рациональное трудоустройство как метод предупреждения повторного инфаркта мокарда. – М.: ИНФРА – М,2000 г. – 210 с.

ГРУППЫ РИСКА

В группы риска по инфаркту миокарда включают людей, злоупотребляющих табакокурением, любящих вкусно покушать обильно холестеринсодержащей пищей, людей ведущих гиподинамичный образ жизни; а также иногда употребляющих алкоголь, в значительных количествах превышающих норму и нарушающих режим труда и отдыха.

Но по проведенному мною небольшому опросу пациентов - около 70 человек опрошенных (по месту моей работы в ННИ ГХ кардиохирургии ММА им. СЕЧЕНОВА) с диагнозом «Постинфарктный синдром миокарда», я выявила, что практически все пациенты получили инфаркт миокарда из – за сильного психоэмоционального стресса.

ФАКТОРЫ РИСКА

Почти всегда инфаркт миокарда связан с атеросклерозом коронарных артерий, к которому в подавляющем большинстве случаев присоединяется коронаротромбоз. Развитие атеросклероза обусловлено двумя основными процессами:

1) образование вокруг гладкомышечных клеток эндотелия соединительной ткани

2) накоплением в гладкомышечных клетках и в соединительной ткани липидов, преимущественно холестерина. [2]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Гасилин В.С., Сидоренко Б.А. Сердечно – сосудистые заболевания. –3- е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1999 г. 240 с.

В возникновении инфаркта миокарда имеют значение те же факторы риска, что и для атеросклероза: повышенное содержание холестерина в крови, гиподинамия, стрессы, артериальная гипертония, курение, сахарный диабет, ожирение, малоподвижный образ жизни, мужской пол и старческий возраст, хотя в последнее время возрастает тенденция «омоложения» инфаркта миокарда. В ряде исследований указываются и такие факторы риска, как наследственность, личностные особенности, подагра, повышенная жесткость питьевой воды и др. Следует учитывать, что многие факторы риска взаимосвязаны, как, например, ожирение и низкая физическая активность. Наиболее существенными независимыми факторами риска являются повышенное содержание холестерина в крови, курение, артериальная гипертония. Сочетание двух, а особенно трех основных факторов риска резко увеличивает (в 3 раза и более) вероятность возникновения инфаркта миокарда, однако их наличие отнюдь не означает, что заболевание неизбежно.

Мужчины болеют значительно чаще, чем женщины, особенно в молодом и среднем возрасте. В возрасте 40 – 50 лет мужчины болеют примерно в 5 раз чаще, в более пожилом возрасте – в 2 – 2,5 раза чаще. В среднем женщины «отстают» от мужчин на 10 – 15 лет, что связывают преимущественно с более поздним развитием атеросклероза у них.

Существуют девять основных факторов риска:

1.гиподинамия

2.курение

3.избыточный вес

4.гиперхолестеринэмия

5.нарушение питания

6.стрессы

7.наследственность

8.условия труда и отдыха

9.возраст

Доктор Ральф Джадкинс (Hamilton General Hospital, Онтарио, Канада) и его коллеги по проекту INTERHEART отмечают, что большинство исследований факторов риска инфаркта миокарда, проводились в развитых странах, несмотря на то, что не менее 80% регистрируется в странах с низким и средним доходом на душу населения.   
Поэтому ученые решили изучить девять факторов риска острого инфаркта миокарда у 15152 больных и 14820 относительно здоровых лиц из группы контроля, охватив 52 страны и каждый населенный континент земного шара. Эти 9 факторов все вместе объясняли 90 % популяционного атрибутивного риска (ПАР) у мужчин и 94 % - у женщин. Причем результаты были одинаковыми во всех географических регионах и этнических группах, среди мужчин и женщин, молодых и пожилых.   
Вклад курения в ПАР ИМ был самым высоким - до 35.7%, а психосоциальных факторов (стресс на рабочем месте, финансовые сложности, депрессия) - 32.5%. Другими факторами, достоверно повышающими риск ИМ, были увеличение соотношения: избыточный вес, возраст, условия труда и отдыха, наследственность, гиподинамия.[8]   
***Гиподинамия.***

Еще в середине Х1Х века машины и устройства, созданные человеком, производили не более 4% вырабатываемой энергии. В настоящее время лишь 1 % вырабатывается мускульной силой, остальные 99 % - результат механизации и автоматизации. В результате – энергетический природный потенциал человека оказался ненужным. В результате не происходит нормальной нагрузки на сердце и постепенно возникает артериальная гипертония. [4]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Conti C.R. – Amer. Heart. J.,2004, 193 p.
2. Чумаков Б.Н. Валеология: Учеб. Пособие. – 2-е изд. испр. И доп. – М.: Педагогическое общество России, 2000 – 407 с.

Несбалансированность питания заключается в несоответствии между энергопоступлением и энергозатратами, в неадекватной структуре питания, в том числе в нарушении соотношения основных компонентов питания (белки, жиры, углеводы, минеральные соли, витамины), в несоответствии времени приема пищи и ее объема.

Но прежде чем говорить о сбалансированности питания населения, нужно знать данные о потреблении продуктов питания в нашей стране. Если мы сравним эти данные с материалами по другим развитым странам, то сравнение будет не в нашу пользу.

Динамика потребления продуктов питания также не совсем благоприятна : за последние годы отмечается увеличение потребления хлебобулочных продуктов. Такие белоксодержащие продукты, как мясо и морепродукты, мы употребляем на 8% ниже рекомендуемых норм, овощей, фруктов и ягод – на 30% и это немаловажный фактор приводящий к повышению холестерина в крови.

Почему это так важно?

Избыток холестерина в крови откладывается на внутренней поверхности кровеносных сосудов, образуя атеросклеротические бляшки, В результате происходит сужение просвета сосудов и затруднение кровотока. Это может привести к нарушению снабжения сердца и мозга кислородом и развитию сердечно – сосудистых осложнений. Например, инфаркта миокарда или инсульта.

Если вес превышает норму, то наиболее эффективной программой по его снижению станет комбинация правильного питания (низкокалорийная нежирная пища) и повышение физической нагрузки.

Гиподинамия, довольно распространенный в последнее время термин. Означает он то, что человек начинает меньше двигаться и вообще меньше работать мышцами.

Особенность современной жизни заключается в том, что гиподинамия нарастает и превращается в социальное явление. Все меньше и меньше социально обоснованных поводов совершать физические усилия. Лифты, общественный транспорт, механизация производства. В нарастании гиподинамии видят одну из причин увеличения частоты ожирения (увеличение заболеваемости на 10 % за каждые десять лет). С малоподвижностью связывают и то, что избыток веса чаще бывает у городских жителей, чем у сельских, а у работников умственного труда, чаще, чем у лиц, занимающихся трудом физическим. Городской человек, оторванный от какой-либо активной деятельности на свежем воздухе, - явление ненормальное. Гиподинамия поражает теперь даже пятилетних детишек: ее проводники - телевидение, компьютеры, компьютерные игры. Если не остановиться (точнее, не начать двигаться), гиподинамия и ожирение станут проблемами наций номер один во всем мире.  
Известны случаи, когда человек начинал поправляться просто поменяв квартиру с пятого этажа на первый. При условии, конечно, что раньше он жил в доме без лифта и на свой пятый этаж ходил пешком. Очень часто избыток веса появляется у бывших спортсменов после прекращения занятий спортом. Нередко молодые люди толстеют после возвращения из армии. Гиподинамия может возникать у человека в целом ряде ситуаций. Например, человек женился, и уже не надо, как раньше, бегать на свидания, волноваться, переживать. Или был на работе начальник злой. Ушел. Пришел добрый. И все успокоились, расслабились. Человек ездил на работу городским транспортом, гонялся за трамваями. Купил автомобиль. Теперь на работу, с работы, в магазин, из магазина, он перемещается сидя.

Когда пытаешься выяснить у человека, с чем он сам связывает нарастание веса, чаще всего слышишь - не знаю, вроде и ем как ел и живу как жил. Но покопавшись довольно часто что ни будь такое находишь. Или спорт бросил, или женился, или машину купил...

В норме энергозатраты уменьшаются примерно на 10 % за каждые десять лет жизни. То есть, тридцатилетние расходуют энергии в среднем на 10% меньше, чем двадцатилетние, сорокалетние на 20%, пятидесятилетние на 30 % и так далее. Связано это с уменьшением так называемого основного обмена, то есть расхода энергии, идущего на обслуживание основных жизненных функций в состоянии покоя - дыхания, сердечной деятельности, работы печени, почек, кишечника, питания расслабленных мышц и т.д. Организм с возрастом как бы приучается жить более экономно. Экономия экономией, а увеличения частоты ожирения с возрастом - факт хорошо известный. У двадцатилетних девушек избыток массы встречается с частотой 15 % , у тридцатилетних женщин этот показатель повышается до 27 %, а у сорокалетних он приближается к 50 %. [3]

Так что, гиподинамия или сокращение энергозатрат является весьма распространенной причиной нарастания веса. Распространенной, но не универсальной. У некоторых, при всем желании не удается связать избыток жира с малоподвижностью. Почему гиподинамия способствует нарастанию веса? Мышцы являются весьма эффективной ловушкой жира потому, что 90 % всего жира в организме окисляется или сгорает именно в мышцах. И еще. В работающих мышцах окисление жира многократно усиливается. И, естественно, наоборот, если человек мало работает мышцами, то и жира в них окисляется мало. Работа мышц не всегда очевидна или даже заметна. Например - мышечный тонус. Органы, которыми не пользуешься, постепенно атрофируются. Особенно сильно это проявляется на мышцах: их количество и качество заметно уменьшаются после полугода малоподвижного образа жизни.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Липовецкий Б.М. Инфаркт, инсульт, факторы писка. – М.: Наука, 1999 г. 301 с.

Надо отдавать себе отчет: то, что называется "обычным образом жизни", является совершенно ненормальным для нашей физиологии существованием. Каждый, у кого хоть раз был наложен гипс, должен помнить: после того как гипс сняли, мышцы делаются дряблыми, тонус низким, а конечность - слабой. То же самое мы производим со всем своим телом, отказывая телу в физических нагрузках. Это частичное сокращение мышц, определяющее их готовность к работе. На поддержание этого сокращения тоже расходуется энергия. Наверное, многие замечали, что тонус зависит от настроения. Чем выше настроение, тем выше тонус. Получается, что человек в хорошем настроении тратит энергии больше, чем он же, но в плохом настроении. Можно заметить, что человек может быть суетливым, непоседливым и, наоборот, медлительным, точным в движениях. Эти люди могут выполнить примерно за одно и то же время одно и то же количество работы. Даже вторые, порой умудряются выполнить этой работы больше. Они не суетятся, движения их экономны и точны. Но энергии первые потратят больше. Именно из-за большего количества лишних движений, и первые чаще имеют нормальный вес, а вторые чаще избыточный. Каждое животное и каждый ребенок в сутки совершает множество движений. Природа запрограммировала нас на движение. Во время совершения широко амплитудных движений происходит массаж внутренних органов, усиливается кровообращение, всасывание кислорода. При гиподинамии начинаются дегенеративные процессы. Изменения претерпевают суставы, сосуды, вплоть до мельчайших капилляров, все крупные мышцы, поддерживающие наш корпус в вертикальном состоянии, особенно сердечная мышца. Доказано, что взрослый человек совершает примерно четверть общего количества движений, которое в сутки делает ребенок.[4]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Чумаков Б.Н. Валеология: Учеб. Пособие. – 2-е изд. испр. И доп. – М.: Педагогическое общество России, 2000 – 407 с.

***Гиперхолестеринемия*** – повышенное содержание холестерина в сыворотке крови, свыше 250 мг %. Это зависит от региона проживания и возраста. Данные говорят, что у мужчин 40 – 59 лет, проживающих в Японии, повышенное содержание холестерина в крови обнаружено у 7 %, в Италии – у 13 %, в США – у 39 %, в Финляндии – у 56 %.

В Москве профессор В. И. Метелица с соавторами еще в 70 – х годах обнаружили данное явление у 22 – 26 % мужчин в возрасте 50 – 54 лет, среди научных работников – у 13,8 %, а у рабочих – 6,5 %.

Содержание холестерина и фосфолипидов у рабочих Москвы и Подмосковья. Так, у рабочих Москвы содержание в сыворотке крови в мг % холестерина 180, фосфолипидов – 193, а у подмосковных рабочих – 155 и 172; служащих Москвы – 211 и 198, у подмосковных служащих – 175 и 194 соответственно. [4]

***Условия труда и отдыха***

Способность к труду определяется наличием профессиональ­ных знаний, соответствующих умений и навыков, совокупностью физических и психических сил и качеств человека. Все вместе при соответствующем отношении к труду они обеспечивают оптималь­ный уровень его продуктивности, то есть работоспособность чело­века.

Работоспособность в свою очередь является как бы отобра­жением такого состояния, как утомление. Зависимость здесь обратная: чем больше нарастает утомление, тем ниже становится работоспособность. Нормальный физиологический процесс – утомление означает снижение функциональных возможностей организ­ма, вызванное выполнением умственной или физической работы.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Чумаков Б.Н. Валеология: Учеб. Пособие. – 2-е изд. испр. И доп. – М.: Педагогическое общество России, 2000 – 407 с.

Показателем утомления может быть уменьшение количества или ухудшение качества выполнения работы, а также увеличение времени, затрачиваемого на ту или иную работу.

Основным итогом утомления является снижение эффективности труда.

Работоспособность может ухудшиться и вследствие пребывания человека в необычных (экстремальных) условиях: например, при высокой температуре и влажности окружающего воздуха, при недостатке кислорода и т. д.

Для того чтобы работать в оптимальном режиме и достичь пика своей работоспособности, необходимо соблюдать несколько основных условий.

Первое условие заключается в том, что в работу следует входить постепенно, не развивая сразу максимального темпа, для того, чтобы все системы организма подготовились к работе в наиболее экономном режиме.

Второе условие состоит в том, что для высокой работоспособности необходимы равномерность и ритм. Как очень высокий, так и очень низкий ритм (темп) быстрее приводит к утомлению. Еще более утомляет неритмичность.

Третье условие предусматривает привычную последо­вательность и систематичность в работе. Нельзя приступать к более сложному, не освоив предварительно более простого.

Четвертое условие — это смена труда и отдыха, чередо­вание периодов с различной интенсивностью нагрузки, а также, по возможности, смена характера труда.

Пятое условие гласит, что самым надежным способом достичь максимальной эффективности является постепенное и системати­ческое выполнение упражнений с целью выработки прочных навыков.

Специалистами в области психофизиологии труда и спорта разработана целая система реабилитации (восстановления) здо­ровья и работоспособности практически здоровых людей. Она включает в себя следующий комплекс мер:

рациональный режим труда и отдыха, в основе которого ле­жит оптимизация двигательной и психической активности;

рациональное, сбалансированное питание;

использование природных факторов для оздоровления и зака­ливания;

применение физиотерапевтических средств оздоровления;

психологические методы повышения устойчивости и работоспособности организма.

***Психоэмоциональный стресс.***

В странах Восточной Европы и России, проводящих социально – экономические реформы, наблюдается драматическая медико – социальная ситуация: растет смертность взрослого населения и новорожденных, снижается рождаемость. Катастрофически возросла преступность. Увеличился травматизм и самоубийства. Растет алкоголизм и наркомания. Эти и многие другие вопиющие социальные явления в значительной степени порождены психоэмоциональным стрессом, затронувшим все слои общества. Эмоциональный стресс как психоэмоциональное состояние развивается у человека в результате непрерывных отрицательных эмоций, возникающих в конфликтных поведенческих, особенно социальных, ситуациях при невозможности или длительном затруднении в удовлетворении насущных социальных или биологических потребностей. Эмоциональный стресс является глобальной общечеловеческой проблемой, которая не имеет национальных и государственных границ. Существует множество типичных общечеловеческих причин развития стресса: возросший темп жизни, избыток информации, дефицит времени, снижение физической активности, монотония, урбанизация, неадекватное питание.

Наряду с этим, острые конфликты в странах радикальных социально – экономических реформ вызваны:

- неудовлетворенностью социально – экономическими реформами. Принимаемые в стране законы далеко не совершенны. Многие из них порождают правовой и экономический беспредел. Бушующие политические страсти часто не направлены на улучшение жизни народа. Несвоевременно выплачивается заработная плата. Происходит резкое социально – экономическое расслоение общества на богатых и бедных людей. Падает производство. Многие люди испытывают огромные материальные проблемы, оказавшись перед угрозой безработицы за чертой бедности. Даже хорошо оплачиваемые в прошлом специалисты – профессионалы, труд которых не потерял актуальности, оказались на грани выживания. Как следствие, большинство людей испытывают неуверенность в будущем, безысходность, апатию, разочарование и раздражение. Стресс усиливает многоголосье часто безответственных политических деклараций. Люди чувствуют себя обманутыми, испытывают горькое разочарование и душевное смятение.

Возрастанием вооруженных конфликтов, породивших безумные страдания: гибель и увечья соотечественников, трагедии потери близких, слезы и горе людей, обездоленность беженцев, потерявших кров и средства к существованию, экстремальные психоэмоциональные нагрузки и болезни, искалеченное детство.

Резким ростом преступности. Криминализация общества, бандитизм породили всеобщий страх за жизнь и безопасность, люди чувствуют себя беспомощными на фоне разгула преступности и бездеятельности правоохранительных органов. Особая тревога возникает за жизнь детей. Многие граждане стали жертвами мошеннической деятельности финансово – коммерческих структур, что, конечно, не могло не добавить страстей и эмоций. Социальной дезориентации людей, особенно пожилого возраста, потерявших устоявшиеся идеалы, обманутых в надеждах и утративших накопления, отложенные на «черный день».

Духовной деградацией общества. Средства массовой информации пропагандируют насилие, агрессию, жестокость, разгул цинизма и вседозволенность, псевдоэротику и секс. Стало нормой неуважение к личности и жизни, грубость и хамство. В результате – потеря духовной «нити» нравственности, снижение морали и культуры человеческих взаимоотношений, проявление жестокости, вандализм. Экологическими, производственными и транспортными катастрофами. Число их все более возрастает из–за нерациональной политической, хозяйственной и экономической деятельности. Неадекватностью современного производства физиологическим возможностям человека. Многие факторы риска, создающие психоэмоциональное напряжение, обусловлены технократическим развитием общества, когда все внимание уделено развитию техники, а человек остался без необходимой защиты. В условиях современного производства и все возрастающих стрессовых нагрузок большая часть человечества работает на износ, растрачивая свой драгоценный дар природы – здоровье. Уже более половины молодых людей на современных производствах испытывают стресс, сопровождающийся изменениями физиологических функций. На современных технических устройствах, как правило, отсутствуют системы контроля за состоянием ведущих физиологических показателей работающих на них операторов. В результате человек бесконтрольно подвергается психоэмоциональным напряжениям, которые, повторяясь изо дня в день, приводят к неизлечимым заболеваниям. Особо подвержено стрессу городское население. [7]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Несмелов В.А. Наука о человеке. – М.: «Издательство АСТ», 2003 г. – с.387

Растущая урбанизация, стремительный рост городского населения, вынужденные бесчисленные конфликты в общественных и производственных местах – все это резко уменьшает время пребывания человека в состоянии душевного покоя. Ко всему этому добавляется действие экологически вредных и раздражающих факторов – шума, химического загрязнения и т. п.

Многочисленные конфликтные ситуации. Порождающие стресс, часто провоцируются низким уровнем культуры взаимоотношений, неумение считаться с интересами окружающих людей, находить правильный путь решения поставленных задач. Недостаток культуры не позволяет людям адекватно оценивать результаты поведения и контролировать свои эмоции в общественных местах и в личной жизни. В условиях радикальных социально – экономических реформ проявились новые формы социального общения, включающие широкий обмен информацией, предпринимательство, координацию и взаимодействие с разными партнерами, решение сложных, во многом противоречивых общественно – политических задач. Все это также повысило уровень эмоциональной активности человека и породило конфликтные ситуации, связанные с соперничеством, завистью, лидерством, конкуренцией и т. д. На передний план часто выходят политические амбиции, коммерческие интересы, эгоистические устремления и безнравственное поведение.

Современные медико – биологические и психофизиологические исследования убедительно показывают, что эмоциональный стресс оказывает всестороннее разрушительное влияние на жизнедеятельность организма, подрывает здоровье людей.

Психоэмоциональный стресс является причиной многих психосоматических заболеваний: психозов, неврозов, нарушений сна, сосудистых заболеваний мозга; сердечно – сосудистых заболеваний: инфаркта миокарда, аритмий, гипертонической болезни; язвенно – дистрофических поражений желудочно – кишечного тракта; снижению иммунитета, предрасположенности к вирусным и многим инфекционным заболеваниям, аутоиммунным процессам; ревматических заболеваний, остеохондрозов; онкологических заболеваний; гормональных расстройств и нарушения половых функций и т. д. Стресс влияет на генетический аппарат клеток, приводя к врожденным нарушениям развития и здоровья детей. Создалась реальная угроза нарушения генофонда человеческой популяции. Пагубное действие стресса проявляется: в росте алкоголизма и наркомании; в повышении травматизма; в росте числа самоубийств; инвалидизации общества.

Эмоциональный стресс является основной причиной уменьшения продолжительности жизни, повышения смертности людей и, в частности, внезапной смерти.[4]

Порожденные стрессом болезни обрывают жизнь, а в общесоциальных масштабах – все больше несут угрозу существованию человечества. Эмоциональный стресс стал проблемой выживания человечества, и, наряду с другими глобальными проблемами, приобрел острую социальную значимость. Эмоциональный стресс в свою очередь оказывает влияние на социально – экономические процессы в обществе, межличностные, деловые и прочие взаимоотношения людей. Эмоциональный стресс изменяет духовный мир человека. Вызванная стрессом невротизация личности приводит к агрессивности, депрессии, неадекватности и нерациональности поведения, вызывает деградацию духовно – нравственных потребностей человека, снижает творческий потенциал и работоспособность, порождает антиобщественные поступки и извращает социальные мотивации человека.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Чумаков Б.Н. Валеология: Учеб. Пособие. – 2-е изд. испр. И доп. – М.: Педагогическое общество России, 2000 – 407 с.

Все возрастающая опасность стресса вызвана еще и тем, что общество еще до конца не осознало нависшую над ним угрозу. Стресс дошел до той критической черты, за которой происходит деградация общества, массовая потеря здоровья и вымирание.

***Табакокурение***

Исследованиями доказано, в чем вред курения. В дыме табака содержится более 30 ядовитых веществ: никотин, углекислый газ, окись углерода, синильная кислота, аммиак, смолистые вещества, органические кислоты и другие.

Статистические данные говорят: по сравнению с некурящими длительно курящие в 13 раз чаще заболевают стенокардией, в 10 раз - язвой желудка. Курильщики составляют 96 - 100% всех больных раком легких. Каждый седьмой долгое время курящий болеет облитерирующим эндартериитом - тяжким недугом кровеносных сосудов.[3]

Никотин относится к нервным ядам. В экспериментах на животных и наблюдениях над людьми установлено, что никотин в малых дозах возбуждает нервные клетки, способствует учащению дыхания и сердцебиения, нарушение ритма сердечных сокращений, тошноте и рвоте. В больших дозах тормозит, а затем парализует деятельность клеток ЦНС в том числе вегетативной. Расстройство нервной системы проявляется понижением трудоспособности, дрожанием рук, ослаблением памяти.

Никотин воздействует и на железы внутренней секреции, в частности на надпочечники, которые при этом выделяют в кровь гормон - адреналин, вызывающий спазм сосудов, повышение артериального давления и учащение сердечных сокращений.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.. Липовецкий Б.М. Инфаркт, инсульт, факторы писка. – М.: Наука, 1999 г. 301 с.

Пагубно влияя на половые железы, никотин способствует развитию у мужчин половой слабости – импотенции. Особенно вредно курение для детей и подростков. Еще не окрепшие нервная и кровеносная системы болезненно реагируют на табак. Кроме никотина, отрицательное воздействие оказывают и другие составные части табачного дыма.

При поступлении в организм окиси углерода развивается кислородное голодание, за счет того, что угарный газ легче соединяется с гемоглобином, чем кислород и доставляется с кровью ко всем тканям и органам человека.

Часто курящие испытывают боли в сердце. Это связано со спазмом

коронарных сосудов, питающих мышцу сердца с развитием стенокардии

(коронарная недостаточность сердца).

Инфаркт миокарда у курящих встречается в 3 раза чаще, чем у некурящих.

Отсутствие всеобщего запрета на курение и лишь его частичная регламентация, распространение рекламы табачных изделий позволяют утверждать о наличии в обществе нормы табакокурения населения.

Исключения составляют лишь те случаи, когда табакокурение представляет собой явную опасность для окружающих. Курящие подвергают опасности не только себя, но и окружающих людей. В медицине появился даже термин "Пассивное курение". В организме некурящих людей после пребывания в накуренном и не проветренном помещении определяется значительная концентрация никотина.

Случаи болезни в связи с табакокурением с расчетом роста потребления, в том числе и медицинских услуг, связан с ростом заболеваемости, расчетом случаев нетрудоспособности и инвалидности, брака в работе, снижении производительности труда. Стоимость курения для курильщика складывается из затрат на покупку лекарственных препаратов для лечения заболеваний, вызванных табакокурением.

Табакокурение усиливает интенсивность обмена веществ, поэтому у курильщика организм вынужден постоянно работать в режиме подъемов и спадов, что само по себе достаточно опасно. Кроме того, никотин обезвоживает организм, обладая мочегонным действием, что приводит к нарушению электролитного баланса и работы сердца. Каждая выкуренная сигарета повышает систолическое и диастолическое давление крови, изменяет минутный объем сердца и увеличивает частоту его сокращений. Это происходит за счет выделений в кровь, под воздействием никотина на надпочечники, гормона – адреналин. Токсины табачного дыма провоцируют сужение сосудов, увеличивают риск тромбоза, повышают содержение холестерина в крови. Окись углерода, как продукт неполного сгорания клетчатки табака, химически связывает гемоглобин крови, обрекая ткани на кислородное голодание. Иначе говоря, табакокурение повышает риск атеросклероза в 13 раз, в 13 раз чаще коронарной недостаточностью сердца и в 16 раз – инфарктом миокарда.[6]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Руксин В.В. Неотложная кардиология. – 3 – е изд., перераб. и доп. – СПб.: «Невский диалект»; М.: «Издательство БИНОМ», 2000. – 503 с.

2. СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА.

Болезни сердечно-сосудистой системы продолжают занимать лидирующее положение среди всех причин заболеваемости и смертности населения индустриально развитых стран. В России от кардиоваскулярных заболеваний ежегодно умирает около одного процента населения (1 030 800 чел., данные МЗ России за 1999г.). В структуре смертности населения от всех причин, в Москве, как и в большинстве промышленно развитых городах мира, нарушения мозгового кровообращения занимают второе место, уступая лишь осложнению ишемической болезни сердца (ИБС) –

инфаркту миокарда.

Высокая экономическая и социальная значимость заболеваний сердечно-сосудистой системы, помимо повышенного внимания со стороны различных общественных групп, стала одной из основных причин углубленных исследований в области ангиологии в течение последних 40 лет, что привело к созданию принципиально новых диагностических и лечебных технологий. Внедрение современных научных достижений в медицинскую практику значительно изменило представления о патогенетических факторах ишемических повреждений различных органов. Была установлена и доказана четкая концептуальная связь между факторами риска ИМ (табакокурением, психоэмоциональнам стрессом, гиподинамией, наследственностью заболевания, нарушением питания, нарушениями условий труда и отдыха, возраст и т. д.) Ярким примером могут служить США, где в 1930 г. частота «коронарных смертей» составила 7,9 на 100 000 человек; в 1935 г. этот показатель уже равен 21,1, в 1940 г.- 74,4, в 1952 г.- 226,1, в 1963 г.- 290.[2]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Гасилин В.С., Сидоренко Б.А. Сердечно – сосудистые заболевания. –3- е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1999 г. 240 с.

Летальность достигла пика к концу 60-х годов (336,5 на 100 000 человек в 1968 г.). В бывшем СССР ситуация в 50 – 60–е годы была примерно аналогичной; точные данные для всей страны вряд ли возможно получить, так как в разные периоды медицинская статистика по – разному учитывала причину смерти и в качестве таковой у пациентов с инфарктом миокарда могли указываться атеросклероз или гипертоническая болезнь. В дальнейшем сведения о больных инфарктом миокарда стали более полными. [2]

В то время как смертность от инфаркта миокарда в Западной Европе и США постоянно снижается за последнюю четверть века, в Центральной и Восточной Европе этот уровень возрастает. Если в 1976 г. уровень смертности от инфаркта миокарда на Западе составил 490 на 100 000 населения, а в 1990 – 310, то на Востоке Европы эти показатели были соответственно 660. В 1992 г. – смерть от инфаркта миокарда составила 62% всех смертей в Болгарии, 59% в Румынии, 56% в Чехии и 52% в Венгрии. [3]

В России сложилась неблагоприятная ситуация в отношении смертности от болезней системы кровообращения. Отсутствие в бывшем СССР действенной общегосударственной программы по первичной профилактике болезней системы кровообращения сопровождалось ростом смертности населения, в то время как в экономически развитых странах в результате вовлечения населения в массовые профилактические мероприятия отмечалась противоположная тенденция.

В настоящее время в Российской Федерации по сравнению с другими экономически развитыми странами отмечаются повышенные уровни смертности от инфаркта миокарда.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Гасилин В.С., Сидоренко Б.А. Сердечно – сосудистые заболевания. –3- е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1999 г. 240 с.
2. Липовецкий Б.М. Инфаркт, инсульт, факторы риска. – М.: Наука, 1999 г. 301 с.

Так, стандартизированные по возрасту показатели смертности от инфаркта миокарда для лиц обоего пола в России составляют 790,1 на 100 000 населения (1995 г.), в то время как в США – 307,2 (1994 г.), в Швеции – 295,9 (1995 г.), в Великобритании – 317,2 на 100 000 населения (1995 г.). [1]

Накопленный мировой опыт и позитивные результаты лечения инфаркта миокарда на ранних стадиях указывают на приоритет профилактики заболевания, успех которого напрямую связан с эффективной диагностикой причин заболевания. Стоимость профилактики в несколько раз ниже стоимости лечения острых форм инфаркта миокарда, у которого может быть неизвестный исход. Общие затраты, включая реабилитационные мероприятия и социальные выплаты, снижаются в 8-10 раз. Сохранение или улучшение качества жизни пациента и его семьи, экономия непрямых затрат за счет предотвращения осложнений ИМ трудно оценимы, но, несомненно, так же значительны. Согласно новому систематическому обзору американской медицинской прессы существует такое понятие как социальная изоляция после перенесенного заболевания ИМ. Социальная изоляция связана с увеличением заболеваемости и смертности после перенесенного инфаркта миокарда, независимо от других факторов сердечно-сосудистого риска.

Полагают, что недостаточную социальную поддержку следует рассматривать как фактор риска заболеваемости и смертности поле перенесенного инфаркта миокарда.

Из базы данных MEDLINE авторы отобрали 45 исследований связи социальной изоляции и исходов после инфаркта миокарда, 5 из которых вошли в окончательный анализ. [8]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Гасилин В.С., Сидоренко Б.А. Сердечно – сосудистые заболевания. –3- е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1999 г. 240 с.
2. Conti C.R. – Amer. Heart. J., 2004, 193 p.

Все эти 5 исследований (Brummet at al (2001), Berkman and Syme (1979), Frasure-Smith et al (2000), Berkman et al (1992), Case et al (1992)) - продемонстрировали, что социальная изоляция, или недостаточная социальная поддержка, ассоциируется с 2-3-х кратным повышением риска заболеваемости и смертности. Этот дополнительный риск не был связан с гипертонией, нарушением функции сердца, курением, инфаркта миокарда в анамнезе, возрастом, полом.

"Недостаточная социальная поддержка и депрессия тесно взаимосвязаны между собой", отмечают ученые. У 20-30% перенесших инфаркт миокарда больных, страдающих мягкой или умеренно выраженной депрессией, достаточная социальная поддержка позволяет нивелировать негативное влияние депрессии на риск смерти. Требуются новые, интервенционные исследования, позволяющие наиболее эффективно воздействовать на неблагоприятные психосоциальные факторы у больных с сердечно-сосудистой патологией. [8]

Социальная значимость инфаркта миокарда связана с тем, что заболевание поражает лиц трудоспособного возраста и, в связи с необходимостью проведения пожизненного лечения, требует больших финансовых затрат. Первое время лица, перенесшие инфаркт миокарда, находятся в постоянном страхе повторного инфаркта. Находясь на длительном сроке реабилитации, они часто теряют работу. Возникают проблемы с трудоустройством, из–за этого начинают возникать финансовые трудности и, соответственно, проблемы в семье. Если человек перенес это заболевание в среднем возрасте, то ему очень трудно осознать, что он инвалид и что ему надо переходить на легкую и, как правило, малооплачиваемую работу.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Conti C.R. – Amer. Heart. J.,2004, 193 p.

Если человек предпенсионного возраста переносит инфаркт миокарда, то ему очень тяжело найти работу, потому что работодателям не нужен пожилой инвалид, который в любой момент может скончаться.

Начинают возникать проблемы в семье, потому что родным людям бывает трудно понять, то что человеку перенесшему это заболевание нельзя волноваться, то что зачастую он может находиться в депрессии и не может зарабатывать деньги.

Если заболевание перенес мужчина, то часто его супруга не может осознать, что ее супруг – инвалид, так как в подсознании мужчина должен быть здоровым и зарабатывать деньги. Из – за финансовых трудностей или малооплачеваемой работы, лица перенесшие инфаркт миокарда не могут приобретать необходимые лекарства, которые сейчас очень дороги.

Я считаю, что в принципе необходимо создать, реальные кризисные службы различного вида (например: кризисный центр для страдающих сердечно – сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом, различного рода депрессиями, кризисами в семье и т. д.), основной задачей которых будет являться решение проблем, возникающих именно в определенной сфере). Конечно, мне еще не вполне ясны конкретные организационные формы выделения кризисных служб в самостоятельную социальную практику, но сам факт появления подобных учреждений поставит перед наукой задачу разработки принципиальных теоретических и практических основ, которыми социальная практика могла бы руководствоваться.

Вот, например некоторые профилактические разработки технологии мероприятий по инфаркту миокарда:

***Во-первых***, отметим возможность комплексного характера изучения жизненных сил клиента, их экспертизы как первой ступени осуществления технологии социальной помощи.

*Целью* данного анализа будет является исследование не только микросоциума, окружения, жизненной ситуации личности, но и ее ценностные ориентации*, образ жизни*.

***Во-вторых***, надо выстроить стратегию воздействия на социальную среду клиента, в которой выделяется материально - вещественное окружение и среда общения. Создать условия, которые осуществят изменения, способные позитивно повлиять на индивидуальную и социальную субъектность человека, осуществление его жизненных сил.

***В-третьих***, разработать программу непосредственного влияния и само влияния на социальную субъектность человека.

***В-четвертых***, разработать план конкретного, непосредственного влияния на индивидуальную субъектность личности.

***В-пятых***, выстроить систему контроля за результатами влияния на клиента.

Решение этих задач предполагает реализацию данной модели практики социальной работы на структурном и психосоциальных уровнях организации медико - социальной работы по инфаркту миокарда.

Во многих странах мира в учреждениях введены специальные премии для сотрудников: для тех, кто похудел, кто отказался от курения (или просто не курит), и для тех, кто посещает спортивный зал, оборудованный на фирме. Экономисты убедительно доказывают, что целесообразнее оплачивать сотрудникам занятия спортом, чем больничные листы и лечение, а специалисты ВОЗ подчеркивают, что как для экономически развитых, так и для развивающихся стран, самый практичный и наименее дорогостоящий путь профилактики – это не медицина, а здоровый образ жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По данным ВОЗ сердечно – сосудистые заболевания занимают первое место среди прочих заболеваний органов и систем. Проблема инфаркта миокарда стала одной из острейших социальных проблем, с которой столкнулось человечество в XX веке. Показатели смертности при инфаркте миокарда более высокие, чем при других сердечно – сосудистых заболеваниях. Социальная значимость инфаркта миокарда связана с тем, что заболевание поражает лиц трудоспособного возраста и, в связи с необходимостью проведения пожизненного лечения, требует больших финансовых затрат. Таким образом, высокая летальность, ранняя инвалидизация трудоспособного населения определили просветительскую работу по борьбе с инфарктом миокарда как основную задачу медико-социальной работы.

Исходя из всего выше описанного, основными направлениями медико – социальной работы следует считать просвещение населения в данном вопросе. Во-первых, должны проводиться разъяснительные мероприятия в целях предупреждения и злоупотребления табакокурением, которое является одним из основных факторов повреждения коронарных сосудов.

Гиподинамия – такой же враг нашего сердца и сосудов. Поэтому мы должны пропагандировать занятия спортом и физической культурой. Вызывать интерес у населения к здоровому образу жизни.

Последние десятилетия неуклонно прогрессирует группа больных, страдающих ожирением. Основной причиной смертности у этих людей является сердечная недостаточность. Поэтому медико – социальные мероприятия должны быть направлены на объяснение необходимости снижения массы тела у этой группы больных, что может быть достигнуто соблюдением рекомендаций диетологов и ограничением пищевых продуктов, богатых жирами и углеводами.

Психоэмоциональный стресс - также одна из основных проблем интеллектуально активного населения на рубеже XX - XXI веков. Ежедневное эмоциональное напряжение в несколько раз повышает риск развития инфаркта миокарда у людей трудоспособного возраста. Организация работы центров психологической службы с обязательным привлечением психологов высокого уровня поможет людям, находящимся в состоянии стресса, снять усталость и напряжение.

Понятие «здоровый образ жизни» стало основным лозунгом современного человека. Здоровье необходимо охранять и укреплять. В обязательной коррекции нуждается организм человека, подвергающийся факторам риска возникновения сердечно – сосудистых заболеваний. Эта коррекция может быть сугубо медицинская, а может сочетать в себе и медико – социальные методы укрепления и восстановления здоровья. Социальные службы должны опираться на индивидуально подобранный для каждого режим в формировании здорового образа жизни.

Здоровый образ жизни является субъективно значимым, поэтому в сохранении и укреплении здоровья населения необходима перестройка сознания, ломка старых представлений, изменение стереотипов поведения.

Здоровый образ жизни – это сложившийся у человека способ организации производственной, бытовой и культурной сторон жизнедеятельности, позволяющий в той или иной мере реализовать свой творческий потенциал, сохраняющий и улучшающий здоровье.

Таким образом, снижение сердечно – сосудистых заболеваний может быть достигнуто только путем комплексного подхода и коррекции факторов риска развития этих болезней. Неотъемлемым условием этого и будет просветительная работа по борьбе с курением, пропаганда различных видов спортивной деятельности, борьба с избыточным весом, а также коррекция психоэмоциональных расстройств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Сыркин А.Л. Инфаркт миокарда. – М.: Наука, 2003 г. – 264 с.
2. Гасилин В.С., Сидоренко Б.А. Сердечно – сосудистые заболевания.-3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1999 г. 240 с.
3. Липовецкий Б.М. Инфаркт, инсульт, факторы риска. – М.: Наука, 1999 г. 301 с.
4. Чумаков Б.Н. Валеология: Учеб. Пособие. – 2 – е изд. испр. и доп. – М.: Педагогическое общество России, 2000 – 407 с.
5. Абзалова М.Х. Рациональное трудоустройство как метод предупреждения повторного инфаркта миокарда. – М.: ИНФРА – М, 2000 г. – 210 с.
6. Руксин В.В. Неотложная кардиология. – 3 – е изд., перераб. и доп. – СПб.: «Невский диалект»; М.: «Издательство БИНОМ», 2000. – 503 с.
7. Несмелов В.А. Наука о человеке. – М.: «Издательство АСТ», 2003 г. - с.387

8. Conti C.R. – Amer. Heart. J., 2004, 193 p.