# **Окружная научная конференция молодых исследователей**

**научно-социальной программы «Шаг в будущее»**

## Тема: Национальный проект профилактики

## сердечно-сосудистых заболеваний.

Автор: Ишанхуджаева Малика Лухмановна

Россия, п. Горноправдинск,

Ханты-Мансийский район,

Тюменская область,

МОУ СОШ № 1, 9 класс

Руководитель: Стрельцова Оксана Владимировна

учитель химии, экологии,

МОУ СОШ № 1,

Ханты-Мансийский район,

Тюменская область

2007 год

Содержание:

1. Введение.

2.1 Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

2.2. Гиперлипидемии как фактор риска, ССЗ.

2.3. Предупреждение артериальной гипертензии.

* 1. . Методы профилактики ССЗ.

2.5. Заболевания сердечно-сосудистой системы.

2.6. Методика работы.

3. Выводы.

4. Литература.

5. Приложение.

### Аннотация

Цель работы: Узнать, как жители нашего поселка оценивают свое здоровье, какие заболевания и группы риска по заболеванию выявит медицинское обследование, провести анализ полученных данных, провести работу с населением по улучшению своего здоровья.

Методы работы: анкетирование, поисковая работа, освещение данной проблемы в

средствах массовой информации поселка.

### Краткая аннотация

В настоящее время согласно статистике частота сердечно-сосудистых заболеваний в России выросла почти в 3 раза. Специалисты связывают это с загрязнением окружающей среды, с увеличением частоты стрессовых ситуаций, употребление спиртных напитков, курением.

Частота смертельных случаев от сердечно-сосудистых заболеваний выросла в 2,5 раза. По возрастным особенностям сердечно-сосудистых заболеваний имеется тенденция к омоложению. Поэтому одно из важных в лечении сердечно-сосудистых заболеваний является профилактика, включая как первичную, так и вторичную.

Введение.

Во второй половине ХХ века основную опасность для здоровья населения и проблему для здравоохранения стали представлять неинфекционные заболевания, в первую очередь болезни сердечно-сосудистой системы, которые в настоящее время являются ведущей причиной заболеваемости, инвалидизации и смертности взрослого населения. Произошло "омоложение" этих заболеваний. Они стали распространяться и среди населения развивающихся стран.

В большинстве экономически развитых стран заболевания сердечно-сосудистой системы занимают первое место среди причин заболеваемости инвалидизации и смертности, хотя их распространенность в разных регионах значительно колеблется. В Европе ежегодно умирают от сердечно-сосудистых заболеваний приблизительно 3 млн. человек, в США – 1 млн., это составляет половину всех смертей, в 2,5 раза больше, чем от всех злокачественных новообразований вместе взятых, причем 1/4 умерших от сердечно-сосудистых заболеваний составляют люди в возрасте до 65 лет. Ежегодные экономические потери в результате смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в США составляют 56900 млн. долларов.

В России эти заболевания являются основной причиной смертности и заболеваемости населения. Если в 1939 году в общей структуре причин смертности они составляли лишь 11%, то в 1980 - свыше 50%.

Заболевания сердечно-сосудистой системы многочисленны. Одни из них являются болезнями преимущественно сердца, другие - главным образом артерий (атеросклероз) или вен, третьи поражают сердечно-сосудистые системы в целом (гипертоническая болезнь). Заболевания сердечно-сосудистой системы могут быть обусловлены врожденным пороком развития, травмой, воспалительным процессом и другими. Врожденные дефекты в строении сердца и крупных сосудов, часто именуемые врожденными пороками сердца, распознаются врачами у детей еще в грудном возрасте,  
главным образом по шуму, выслушиваемому над сердцем.

Существуют также заболевания сердечно-сосудистой системы, в основе которых лежит воспалительный процесс. Изредка это воспаление оказывается бактериальным. Это значит, что на внутренней оболочке сердечных клапанов или на внешних оболочках сердца размножаются бактерии, вызывающие гнойное воспаление этих отделов сердца.

* 1. **Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.**

Курение.  
Родиной табака считают Южную Америку. В табаке содержится алкалоид  
никотин. Никотин повышает кровяное давление, сужает мелкие сосуды,  
учащает дыхание. Вдыхание дыма, содержащего продукты сгорания табака  
уменьшает содержание кислорода в артериальной крови.   
Во второй половине ХХ века курение сигарет стало распространенной  
привычкой. Наблюдения в течение 6 лет за смертностью мужчин

45-49-летнего возраста показало, что общая смертность регулярно куривших  
была в 2,7 раза выше, чем некурящих

В одном из исследований, показано, что среднее число случаев  
сердечно-сосудистых заболеваний в год на 1000 человек в возрасте 45-54  
лет у некурящих равно 8,1, при выкуривании в день до 20 сигарет - 11,2,  
а при выкуривании более 20 сигарет - 16,2, т.е. вдвое больше, чем у  
некурящих.

Психологические факторы.

Этим фактором всегда придавали и придают большое значение в развитии  
сердечно-сосудистых заболеваний. За последние годы тщательному изучению  
подверглись особенности поведения людей. Был выделен тип поведения людей  
(тип А\*)

"Тип А" поведения представляет собой эмоционально двигательный комплекс,  
наблюдающихся у людей, вовлеченных в бесконечные попытки сделать все  
больше за все меньшее время. У этих людей нередко появляются элементы  
"свободно проявляющейся" враждебности, легко возникающей по малейшему  
поводу. У лиц с особенностями поведения типа А\* отмечены определенные  
симптомы. Эти люди часто одновременно выполняют несколько дел (читают во  
время бритья, еды и т.д.), во время беседы они также думают и о других  
делах, не уделяя всего внимания собеседнику.

Лица, с поведением типа А\*, обычно являются прагматиками, и им трудно

понять, как их поведение может привести к болезни сердца.

Избыточная масса тела.

В большинстве экономически развитых стран избыточная масса тела стала аспространенным явлением и представляет серьезную проблему для здравоохранения. Причину этого в большинстве случаев видят в несоответствии между поступлением с пищей большого количества калорий и малыми энергозатратами вследствие малоподвижного образа жизни.

Распространенность избыточной массы тела, будучи минимальной у 20-29-летних (7,8%), с возрастом неуклонно увеличивается до 11%, у 30-39-летних,.до 20,8%- у 40-49-летних и до 25,7%- у 50-59-летних.

Связь между избыточной массой тела и риском развития сердечно-сосудистой системы довольно сложная, т.к., являлась самостоятельным фактором риска.

Избыточная масса тела привлекает большое внимание с тем, что она поддается коррекции без использования каких-либо лекарственных препаратов. Определение нормальной массой тела, т.к. для этих целей нет единых критериев.

Уменьшение избыточной массы тела и ее поддержание на нормальном уровне задача довольно трудная. Контролируя свою массу тела, надо следить за количеством и составом пищи и за вашей физической активностью, Питание должно быть сбалансированным, однако пища должна быть низкокалорийной.

Повышенный уровень холестерина в крови.

Холестерин циркулирует в крови в составе жиробелковых частиц-липопротеинов. Определенный уровень холестерина в крови поддерживается за счет холестерина, поступающего с пищевыми продуктами, и синтез его в организме. Выделяемая в практической деятельности граница нормального уровня холестерина в крови является условной. Нормальным считается содержание в крови холестерина до 6,72 ммоль/л (260 мг%). Более низкие показатели уровня холестерина в крови, 5,17 ммоль/л (200 мг%) и ниже - менее опасны.

Повышенный уровень холестерина в крови встречается довольно часто.

Уровень холестерина в крови 6,72 ммоль/л (260 мг%) и выше у мужчин 40-59 лет встречается в 25,9 % случаев.

* 1. **Гиперлипидемии как фактор риска, ССЗ.**

Ожирение является хроническим полиэтиологическим заболеванием, связанным с влиянием ряда генетических и неврологических факторов, изменением функций эндокринной системы, стилем жизни и пищевым поведением пациента, а не только с нарушением энергетического баланса. Различают алиментарно–конституциональную форму ожирения, встречающуюся наиболее часто, и «эндокринное» ожирение, вызванное каким либо первично–эндокринным заболеванием – гипотиреозом, нарушением функции яичников, надпочечников и другими причинами [1]. Ожирение можно определить, как избыточное накопление жира в организме, представляющее опасность для здоровья. Оно возникает, когда поступление энергии в организм с пищей превышает энергетические

расходы (складывающиеся из основного обмена или обмена веществ в покое и при физической активности). Избыточная масса тела означает лишь то, что масса тела конкретного человека превышает ту, которая считается нормальной для его роста.

Значение ожирения как фактора риска развития сердечно–сосудистых заболеваний (ССЗ) в последнее время значительно возросло, так как распространенность ожирения в мировой популяции увеличилась. В странах Западной Европы более половины взрослого населения в возрасте 35–65 лет имеют либо избыточную массу тела (индекс массы тела /ИМТ/ от 25 до 29,9 кг/м2) либо ожирение (ИМТ более 30 кг/м2); в США одна треть всего населения имеет избыточную массу тела (на 20% и более превышающую идеальный вес); в России около 30% лиц трудоспособного возраста имеют ожирение, а 25% имеют избыточную массу тела. В таблице 1 представлена классификация ожирения по ИМТ и риск сопутствующих заболеваний.

Ожирение относится к факторам риска развития сердечно–сосудистых заболеваний (ССЗ), сахарного диабета, а наличие ожирения у больных ИБС способствует ее прогрессированию и повышению смертности [3,4,5]. Взаимосвязь ИМТ и относительного риска смертности [6] показана на рисунке 1.

* 1. **Предупреждение артериальной гипертензии.**

В настоящее время артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний. С хроническим повышением артериального давления (АД) связан высокий риск возникновения таких тяжелых заболеваний и неотложных состояний, как ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, инсульт, сердечная и почечная недостаточность, ретинопатия и другие, которые обусловливают высокие показатели смертности.

Многоцентровыми международными исследованиями доказано, что заболеваемость инсультами и смертность от них под влиянием лечения АГ уменьшаются, по крайней

мере, на 36-40%; смертность от ИБС — на 16%; вдвое снижается частота развития сердечной недостаточности, приостанавливается прогрессирование гипертонической болезни — количество пациентов, у которых уровни АД продолжают расти, в 15 раз больше среди тех, кто не получает лечения, по сравнению с теми, кто активно лечатся.

Артериальная гипертензия у детей и особенно подростков встречается часто (среди школьников 12-13 лет у 10-14 %). Может быть первичной и вторичной (чаще почечной). Для выявления больных с артериальной гипертензией важно систематически измерять артериальное давление всем детям во время профилактических осмотров в детских учреждениях, а также поликлиниках. Дети с повышенным артериальным давлением должны находиться под диспансерным наблюдением (в поликлиниках).

Оценка артериального давления. При целенаправленном и массовом измерении артериального давления может проводиться процентильный анализ: величины давления

распределяются по 100 % шкале; считают, что верхний уровень, соответствующий процентили 95 (Pss) указывает на риск артериальной гипертензии, а уровень Рду (равный М+За) говорит об артериальной гипертензии. Отклонения от Рд0 (М-)-1,5а) до Pgs рассматриваются как опасная зона - пограничная артериальная гипертензия. По данным массового исследования артериальное давление у детей г. Минска и Минской области (1978 год), верхний предел нормы (М + 2а) для мальчиков 14 лет равен 130/80, для девочек 14 лет - 126/78.

Первичная артериальная гипертензия встречается у детей с артериальной гипертензией часто и рассматривается как начальный этап, могущий привести к гипертонической болезни.

Большое значение в возникновении первичной артериальной гипертензии придают наследственной предрасположенности (ее относят к мультифакториальным заболеваниям с полигенным наследованием). Для диагностики особенно важно наличие

гипертонической болезни у родителей (главным образом, у матери). В реализации болезни не менее значимы и неблагоприятные средовые влияния: конфликтные и стрессовые ситуации в семье, алкоголизм, активное и пассивное курение, гиподинамия. Определенное значение имеют личностные особенности (повышенная тревожность, сниженная толерантность к окружающим воздействиям). Повышенная масса тела представляет собой фактор риска. Выявлены коррелятивные связи между артериальной гипертензией и атмосферным давлением, температурой воздуха, относительной влажностью.

* 1. **Методы профилактики ССЗ.**

Профилактика – одна из основных составляющих деятельности семейного врача. Чтобы эффективно воздействовать на факторы риска, врач общей практики может использовать следующую тактику.

1. Каждый пациент, наблюдающийся у врача общей практики, должен быть оценен с точки зрения наличия и выраженности у него факторов риска. Для того необходимо не только собрать информацию об образе жизни самого пациента и его семьи, но и определить у него концентрацию холестерина в сыворотке крови.
2. сообщить пациенту о возможности развития атеросклероза и его осложнений, а так же о том, что риск можно снизить, если изменить образ жизни (уменьшить массу тела, изменить диету, увеличить физическую активность, отказаться от курения).
3. обучить пациента правилам здорового образа жизни.
4. повторно обследовать пациента после «воздействия» на факторы риска.
5. если уровень фактора риска остается высоким после модификации поведения или изменить образ жизни не удается, то необходимо разработать и применить медикаментозную коррекцию дислипидемий.

**2.5. Заболевания сердечно-сосудистой системы**

Атеросклероз - хроническое заболевание артерий крупного и среднего калибра, характеризующееся отложением и накоплением в интина плазменных атерогенных апопротеин -В- содержащих липопротеинов с последующим реактивным разрастанием

соединительной ткани и образованием фиброзных бляшек. Атеросклерозом в первую очередь обычно поражаются крупные артерии: аорта, коронарные артерии, артерии, питающие головной мозг (внутренние сонные артерии). При атеросклерозе суживается просвет артерии, возрастает плотность артериальной стенки, уменьшается ее растяжимость; в отдельных случаях наблюдается аневризматическое растяжение стенок артерии.  
 Распространенный и значительно выраженный атеросклероз и атероматоз аорты могут быть причиной развития ее аневризмы, что проявляется симптомами сдавления прилежащей к аорте органов. Наиболее опасные осложнения аневризмы аорты - ее расслаивание и разрыв.

Инфаркт миокарда - острое заболевание сердца, обусловленное развитием  
одного или нескольких очагов омертвения в сердечной мышце и проявляющееся нарушением сердечной деятельности. Наблюдается чаще всего у мужчин в возрасте 40-60 лет. Обычно возникает в результате поражения коронарных артерий сердца при атеросклерозе, когда происходит сужение их просвета. Нередко к этому присоединяется закупорка сосудов в зоне его поражения, вследствие чего кровь полностью или частично

перестает поступать к соответствующему участку мышцы сердца, и в ней образуются  
очаги омертвления (некроза). В 20% всех случаев инфаркта миокарда имеет  
летальный исход, причем в 60-70% - в первые 2 часа.

Аритмии сердца - различные отклонения в образовании или проведении импульсов возбуждения в сердце, чаще всего проявляющиеся нарушениями ритма или темпа его сокращений. Некоторые аритмии сердца выявляются только с помощью электрокардиографии, а в случаях нарушений ритмичности или темпа сердечных сокращений они нередко ощущаются самим больным и обнаруживаются при выслушивании сердца и при прощупывании пульса на артериях.

Ишемическая болезнь сердца - острое и хроническое поражение сердца, вызванное уменьшением или прекращением доставки крови к миокарду в связи с атеросклеротическим процессом в коронарных артериях. Термин предложен в 1957г. группой специалистов ВОЗ. В подавляющем большинстве случаев причиной этого является резкое сужение одной или несколько ветвей коронарных артерий, питающих сердце, вследствие поражения их атеросклерозом. Ограничение поступления крови к миокарду снижает доставку к нему кислорода, питательных веществ, а также удаление  
отработанных продуктов обмена, шлаков.

Ежегодная летальность от ишемической болезни сердца колеблется от 5,4 до  
11,3% и зависит от числа пораженных артерий и выраженности коронарного  
атеросклероза.

Гипертоническая болезнь - заболевание сердечно-сосудистой системы, характеризующееся постоянным или периодическим артериального давления. В  
отличие от других форм артериальной гипертензии это повышение не  
является следствием другой болезни.

**2.6. Методика работы.**

Пациенты, пришедшие на дополнительную диспансеризацию отвечали на вопросы анкеты. Оказалось, что удовлетворительным считают состояние своего здоровья в основном лица молодого возраста, моложе 35 лет, лица старше 55 лет, оцениваю свое здоровье, как низкое. На основании субъективных данных можно предположить, что основная хроническая патология появляется в возрасте старше 35 лет и проявляет себя после 55 лет.

Когда мы познакомились с результатами диспансеризации, предоставленные нам медицинскими работниками, получили более полную информацию.

Оказалось, что различных групп заболеваний множество, среди них есть и достаточно редкие. Решено было оценивать количество впервые зарегистрированных заболеваний и число впервые взятых на диспансерный учет с патологией сердечно-сосудистой системы.

Почему была взята, в качестве оценочного фактора именно патология сердечно-сосудистой системы. В России, в округе и в нашем поселке основной причиной смертности и инвалидности являются заболевания сердца и сосудов. На втором месте по причине смертности стоят онкологические заболевания, на третьем травматизм. Взято впервые диспансерное наблюдение больных с впервые выявленной патологией сердечно-сосудистой системы 32,5% , и 5,6 % с онкологической патологией от всего числа осмотренных.

По результату дополнительной диспансеризации выделена очень большая группа лиц, имеющих факторы риска по сердечно-сосудистой патологии. Она составляет до 60% от числа, осмотренных.

Также очень большая группа фактора риска по патологии молочной железы, выявлено фиброзно-кистозных мастопатий до 50 % от числа осмотренных. Но эта группа имеет возможность пройти однократно специальное исследование, а именно маммографию, ультразвуковое исследование и исключить онкопроцесс.

Для группы риска по патологии сердечно-сосудистой системы нет такого метода и возможно только комплексное обследование: наследственный анамнез, измерение веса, подсчет индекса массы тела, измерение артериального давления, снятие электрокардиограммы, биохимические анализы крови и многие другие.

Выявлено факторов риска: повышенная масса тела у 42% от числа осмотренных, повышенный уровень холестерина крови 49%, наличие вегето-сосудистой дистонии у 16%, стрессовый характер работы 7%, вредные условия труда (шум, загазованность, гиподинамия и др), а также сочетание различных факторов имело место у 67 % осмотренных.

Нас заинтересовал такой показатель крови, как холестерин и липопротеиды. При обследовании пациентов имеющих факторы риска он был повышен у 59%, из числа взятых впервые на диспансерное наблюдение с патологией сердечно-сосудистой системы он был повышен у 78%.

**3. Выводы.**

Таким образом, мы можем сделать вывод, что исследование липопротеидов крови является диагностически ценным в профилактике атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний.

При этом пациент может активно совместно с врачом контролировать состояние своего здоровья. Но, здесь оказалась несколько иная ситуация. А, именно, сработал «русский менталитет». Состояние моего здоровья должен знать врач, а мне-то зачем.

Было проведен дополнительно расспрос пациентов из группы риска по развитию патологии сердечно-сосудистой системы. Оказалось , что 95% знали цифры артериального давления и массы тела, но только 20% опрошенных, знали, что уровень холестерина повышен, не придавая, значения на сколько по отношению к норме. Остальные обследуемые, отвечали следующим образом: результат должен знать врач. То есть они устранялись от участия в наблюдении за своим здоровьем.

По данным литературы, оказалось, что все гиперлипидемии делятся на генетические или наследственные, на вторичные, т.е. вследствие уже имеющихся заболеваний и алиментарные. Все они хорошо лечатся при назначении диеты, контроль несложный, повторное исследование крови. Группа вторичных дислипидемий наиболее обширна, выявляется при сахарном диабете, гипотиреозе, почечной недостаточности, хроническом панкреатите и других заболеваниях.

Бета- липопротеиды (или липопротеиды низкой плотности ЛПНП), имеют наибольшее значение в развитии атеросклероза. Они образуются и выделяются в печени, и служат основными переносчиками холестерина в кровотоке. ЛПНП транпортируют холестерин к тканям в организме.

В Ханты-Мансийском национальном округе\_ высок уровень заболеваемости описторхозом. Профилактика поражения печени прм краевой патологии, это и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний.

В соответствии с рекомендациями «Программы по изучению холестерина» концентрация холестерина ниже 5,2 ммоль/литр считается желательной, от 5,2 до 6,2 – повышенной, а больше 6,2 ммоль/литр – высокой.

Определение липопротеидов высокой и низкой плотности и триглицеридов рекомендуется проводить всем пациентам с высокой концентрацией общего холестерина в сыворотке крови, при наличии ИБС или сочетания двух и более факторов риска. Лекарственная терапия рекомендуется тем пациентам, у которых, не смотря на диетотерапию, концентрация холестерина ЛПНП остается выше 4,9 ммоль/литр.

Второй этап реализации национального проекта в здравоохранении начнется через три года. К тому времени в основном должны решиться вопросы первого этапа. Врачи первичного звена, активно занимаясь профилактикой, оказывая помощь на ранних стадиях заболевания, сохранят не только здоровье граждан, но и значительные средства для решения других проблем здравоохранения, отработают стандарты качества оказания медицинской помощи.

ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, являются заботой не только медиков, но и государства, а также требуют активной жизненной позиции и непосредственного участия в этом вопросе самого гражданина. Главная составляющая и цель национального проекта в здравоохранении сохранения и укрепления здоровья.

Наше с вами здоровье в наших собственных руках. Утраченное здоровье можно только как-то подкорректировать, восстановить его практически невозможно. Большая часть недугов требует пожизненной коррекции, и если вы хотите качественно прожить долгие годы нужно сохранять здоровье, знать свои факторы риска развития тех или иных болезней и решать вопросы профилактики данных заболеваний.

Нужно заниматься решением сохранения здоровья каждого из нас и всех вместе до наступления болезни, и это основа современного качественного образа жизни.

**4. Литература.**

1) К. А. Похис, Е. В. Меркушува, Т. А. Дибикайтис. Принципы коррекции дислипидемий в работе врача общей практики. Учебно - методическое пособие. СПбМАПО, 1998.

2) А. В. Воронов, Ю. Г. Лысенко. Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертонии в Российской Федерации. 2000

3) Чукаева И.И., Корочкин И.М., Прохорова Т.Ф. и соавт. Антиишемический и противовоспалительный эффекты ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и их роль в ремоделировании сердца у больных, перенесших инфаркт миокарда //Кардиология, 2000, 11, 17–23.

4) Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г., Шестов Д.Б. Роль систолического и диастолического давления для прогноза смертности от сердечно–сосудистых заболеваний//Кардиоваскулярная терапия и профилактика.– 2002

**5. Приложение.**

Вопросы анкетирования:

1. Ваш возраст?

А) 18-35 лет

Б) 36-55 лет

В) 56 и старше

1. Как вы оцениваете уровень своего здоровья?

А) Высокий

Б) Средний

В) Низкий

1. Какая по вашему мнению причина развития болезней:

А) Неправильное питание.

Б) Вредные привычки

В) Гиподинамия.

Г) Наследственный фактор.

1. Нуждаетесь ли ВЫ в получении знаний по вопросам здорового образа жизни, профилактики различных заболеваний?

А) Да

Б) Нет

1. Из каких источников преимущественно Вы получаете информацию по вопросам сохранения и укрепления здоровья?

А) СМИ ( ТВ, радио, пресса)

Б) Индивидуальная беседа с врачом

В) Школа здоровья

Г) Лекции

Д) Интернет

Е) Другие источники

1. Знаете ли Вы, что на территории Ханты-Мансийского района идет работа по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения?

А) Да

Б) Нет

В) Затрудняюсь ответить

1. Как вы считаете, приведет ли реализация приоритетного национального проекта к существенному улучшению дел в области здравоохранения?

А) Да

Б) Нет

В) Затрудняюсь ответить

1. Какие меры, на Ваш взгляд, необходимо предпринять системой здравоохранения Ханты-Мансийского района для улучшения Вашего здоровья?

А) Организовать больше школ здоровья

Б) Увеличит количество теле- и радиопередач о здоровье

В) Увеличить количество публикации в местной прессе

Г) Повысить доступность получения информации по профилактике заболеваний на приемах в ЛПУ

Д) Организовать специализированные консультативные приемы по вопросам здорового образа жизни

Е) Организовать лектории

Ж) Другие

Результаты опроса

Возраст 18-35 лет

Таблица №1

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | А | Б | В | Г | Д | Е | Ж |
| 1 | 17 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 1 | 15 | 1 |  |  |  |  |
| 3 | 8 | 9 |  |  |  |  |  |
| 4 | 9 | 5 | 1 | 0 | 1 | 1 |  |
| 5 | 14 | 2 | 1 |  |  |  |  |
| 6 | 9 | 3 | 5 |  |  |  |  |
| 7 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 |

Возраст 36-55 лет

Таблица №2

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | А | Б | В | Г | Д | Е | Ж |
| 1 |  | 29 |  |  |  |  |  |
| 2 | 0 | 21 | 8 |  |  |  |  |
| 3 | 20 | 9 |  |  |  |  |  |
| 4 | 9 | 7 | 3 | 2 | 1 | 7 |  |
| 5 | 17 | 8 | 4 |  |  |  |  |
| 6 | 6 | 11 | 12 |  |  |  |  |
| 7 | 4 | 4 | 3 | 5 | 6 | 4 | 3 |

Возраст 56 лет и старше

Таблица №3

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | А | Б | В | Г | Д | Е | Ж |
| 1 |  |  | 13 |  |  |  |  |
| 2 | 0 | 7 | 6 |  |  |  |  |
| 3 | 8 | 5 |  |  |  |  |  |
| 4 | 3 | 5 | 3 | 1 | 1 | 0 |  |
| 5 | 7 | 3 | 3 |  |  |  |  |
| 6 | 2 | 3 | 8 |  |  |  |  |
| 7 | 3 | 1 | 1 | 2 | 5 | 1 | 0 |

Причины повышения уровня холестерина

Таблица №4

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Причины\ возраст | Наследственность | Питание | Гиподинамия | Вредные привычки |
| 18-35 | 11 | 40 | 15 | 20 |
| 36-55 | 19 | 82 | 21 | 16 |
| 56 и более | 21 | 50 | 23 | 15 |

Число больных подлежащих диспансерному наблюдения

Таблица №5

|  |  |
| --- | --- |
| Общее число | 254 |
| Число больных состоящих на диспансерном учете | 254 |
| Число больных фактически выявленных в течении года | 127 |
| Число больных взятых на диспансерный учет | 127 |
| Число Фактически осмотренных диспансерных больных | 254 |
| Заполнено карт динамического наблюдения | 254 |

Число больных диспансерной группы, которым проведены лечебно – оздоровительные мероприятия

Таблица №6

|  |  |
| --- | --- |
| Наименования заболевания | Число |
| Болезни органов кровообращения | 110 |
| Ишемическая болезнь сердца | 2 |
| Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением | 992 |

