Омский Государственный Университет

им. Ф.М. Достоевского

факультет психологии.

Реферат

**Тема**

**Заболевания сердечнососудистой системы**

**Выполнила**:Чепурко Ю.,

студентка второго курса

факультета психологии,

группа ПП-502.

Омск, 2006.

**Содержание**

1. Нейроциркуляторная дистония

2. Гипертоническая болезнь

3. Ишемическая болезнь сердца

4. Миокардит

5. Инфаркт миокарда

6. Пороки сердца

7. Варикозное расширение вен нижних конечностей (Варикоз)

1. **Нейроциркуляторная дистония**

***Нейроциркуляторная дистония*** (НЦД, вегетососудистая дистония) - вазомоторное нарушение функционального характера, сопровождающееся дискоординированными реакциями в различных участках сосудистой системы. Изменения вегетативной сосудистой регуляции могут возникать на различном уровне и в неодинаковой степени как в пределах ЦНС, так и в периферических нервных структурах. Вовлеченность в эти процессы симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы индивидуально варьирует.

Имеет функциональную природу, для нее характерны расстройства нейроэндокринной регуляции деятельности сердечнососудистой системы. У подростков и юношей НЦД чаще всего обусловлена рассогласованием физического развития и степенью зрелости нервно-эндокринного аппарата. В другом возрасте развитию дистопии могут способствовать нервно-психическое истощение в исходе острых и хронических инфекционных заболеваний и интоксикаций, недосыпание, переутомление, неправильные режимы питания, половой жизни, физической активности (сниженная или слишком интенсивная).

**Симптомы и течение.** Больных беспокоят слабость, утомляемость, расстройства сна, раздражительность. Характеризуется сочетанием нескольких клинических синдромов: болями в сердце, повышением или понижением АД, общеневротическими проявлениями, дезадаптационным синдромом. Практически у каждого больного проявляется нарушение адаптации к изменяющимся условиям внешней среды, например к погоде.

**Причинами** заболевания являются внутреннее и внешние факторы.Внутренние: наследственно-конституционные (функциональная недостаточность регулирующих структур мозга и эндокринных желез). Внешние: психотравмирующие факторы, неблагоприятное экологическое воздействие, вредные условия труда, перенесенная инфекция, курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия.

В зависимости от реакции сердечнососудистой системы выделяют 3 типа НЦД: кардиальный, гипотензивный(гипотонический) и гипертензивный (гипертонический).

***Кардиальный тип*** - жалобы на сердцебиение, перебои в области сердца, иногда ощущение нехватки воздуха, могут отмечаться изменения сердечного ритма (синусовая тахикардия, выраженная дыхательная аритмия, наджелудочковая экстрасистолия). На электрокардиограмме изменений нет или же иногда отмечаются изменения зубца Т.

***Гипотензивный тип*** - утомляемость, мышечная слабость, головная боль (нередко провоцируется голодом), зябкость кистей и стоп, склонность к обморочным состояниям. Кожа обычно бледная, кисти рук холодные, ладони влажные, отмечается снижение систолического АД ниже 100 мм рт.ст.

***Гипертензивный тип*** - характерно преходящее повышение артериального давления, которое почти у половины больных не сочетается с изменением самочувствия и впервые обнаруживается во время медицинского осмотра. На глазном дне в отличие от гипертонической болезни изменений нет. В некоторых случаях возможны жалобы на головную боль, сердцебиение, утомляемость. В некоторых случаях вегетативно-сосудистая дистония может быть проявлением более тяжелого органического заболевания.

**Лечение.** Используют комплекс оздоровительных и гигиенических мер, дозированные физические упражнения, санаторно-курортное и физиотерапевтическое лечение, аутогенную тренировку и другие методы психотерапевтического воздействия, физиотерапия, бальнеотерапия. Лекарственные средства, нормализующие нервные процессы: при раздражительности, расстройствах сна настой из корня валерианы, препараты пустырника, валокордин, транквилизаторы; при гипотензивном типе - лечебная физкультура, беллоид, препараты брома, кофеин, фетанол; при гипертензивном типе альфа-адренергические блокаторы, снотворные препараты раувольфии.

**Занятия лечебной физкультурой:**

Полезно обучить больных приемам самомассажа и произвольного расслабления скелетной мускулатуры. Используют дыхательные упражнения, в том числе и диафрагмальное дыхание, дозированную ходьбу. В зависимости от состояния больного рекомендуют один из трех типов физической нагрузки: щадящий, тонизирующий или тренировочный. Также направленность упражнений зависит от типа АД: пониженного или повышенного.

Для профилактики используют упражнения с предметами, ходьба с ускорениями, приседания, дозированный бег, с ходьбой и дыхательными упражнениями, самомассаж и водные процедуры. По мнению многих врачей, прекрасным средством для реабилитации больных является плавание, упражнения в воде и просто купания. Так же рекомендуют ходьбу на лыжах и участие в спортивных играх (настольный теннис, бадминтон, волейбол, городки, элементы баскетбола и д.р.)

1. **Гипертоническая болезнь**

***Гипертоническая болезнь*** – понижение артериального давления вследствии нарушения функций систем, регулирующих кровообращение, возникает обычно в возрасте 30-60 лет, протекает хронически с периодами ухудшения и улучшения.

**Симптомы и течение.** Характерно хроническое течение, больные жалуются на слабость, вялость, апатию, головные боли, головокружения, ухудшение памяти, снижение работоспособности, обмороки, боли в области сердца.

*Стадия I* *(легкая)* характеризуется подъемами АД в пределах 160-180/95-105 мм рт.ст. Этот уровень неустойчив, во время отдыха постепенно нормализуется. Беспокоят боль и шум в голове, плохой сон, снижение умственной работоспособности. Изредка - головокружение, кровотечения из носа*. Стадия II (средняя)* - более высокий и устойчивый уровень АД (180-200/105-115 мм рт.ст. в покое). Нарастают головные боли и в области сердца, головокружения. Возможны гипертонические кризы (внезапные и значительные подъемы АД). Появляются признаки поражения сердца, центральной нервной системы (преходящие нарушения мозгового кровообращения, инсульты), изменения на глазном дне, снижение кровотока в почках*. Стадия Ш (тяжелая)* - более частые возникновения сосудистых катастроф (инсульты, инфаркты). АД достигает 200-230/115-130 мм рт.ст., самостоятельной нормализации его не бывает. Такая нагрузка на сосуды вызывает необратимые изменения в деятельности сердца (стенокардия, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, аритмии), мозга (инсульты, энцефалопатии), глазного дна (поражение сосудов сетчатки - ретинопатии), почек (понижение кровотока в почках, снижение клубочковой фильтрации, хроническая почечная недостаточность).

Распознавание проводится на основании данных систематического определения АД, выявления характерных изменений на глазном дне, электрокардиограмме. Гипертоническую болезнь необходимо отличать от вторичных артериальных гипертоний (симптоматических), возникающих при заболеваниях почек, почечных сосудов, эндокринных органов (болезнь Иценко-Кушинга, акромегалия, первичный альдостеронизм, тиреотоксикоз), расстройствах кровообращения (атеросклероз аорты, недостаточность клапанов аорты, полная предсердно-желудочковая блокада, коарк-тация аорты).

Различают *первичную* и *вторичную* *гипотенезию.* *Первичная* проявляется в двух формах: как наследственная форма регуляции сосудистого тонуса и артериального давления, не выходящая за физиологические пределы, и как хроническое заболевание с типичной картиной. *Вторичная гипотенезия*встречается у лиц, подвергающихся воздействию неблагоприятных факторов (напряженная умственная или физическая работа, шум, интоксикация), а также при инфекционных хронических заболеваниях, анемии, туберкулезе, злокачественных опухолях, авитоминозе и пр.

**Лечение.** Нелекарственное: снижение массы тела, ограничение потребления поваренной соли, санаторно-курортное лечение, физиотерапевтические процедуры (ванны, массаж воротниковой зоны). Медикаментозное лечение включает бета-адреноблокаторы (анаприлин, атенолол, и др.), мочегонные, антагонисты кальциевых каналов, препараты центрального действия (клофелин, допегит, резерпин), празозин (адверзутен). Возможен прием комплексных препаратов - адельфана, синепреса. При этом подбор терапии должен проводиться сугубо индивидуально.

**Занятия лечебной физкультурой:**

Проводится общее укрепление организма, занятия направлены на улучшение функционального состояния цнс и систем регуляции кровообращения, совершенствование координации движений, равновесия, произвольного расслабления и сокращения мышц. Рекомендуются специальные упражнения с отягощениеми, сопротивлением, изометрические напряжения мышц, бег, прыжки, подскоки, упражнения на координацию движений (жонглирование и т.п.). Также очень полезны тренировка вестибулярного аппарата и дыхательные упражнения, упражнения на расслабления мышц. Важной формой является дозированная ходьба. На санаторном жтапе лечения применяются различные игры: крокет, волейбол, настольный теннис, бадминтон, и спортивно-прикладные упражнения: ходьба на лыжах, плавание, гребля. Нагрузки должны носить тонизирующий характер и строго дозироваться.

1. **Ишемическая болезнь сердца**

Ишемическая болезнь сердца. Хроническая болезнь, обусловленная недостаточностью кровоснабжения миокарда, в подавляющем большинстве случаев (97-98 %) является следствием атеросклероза коронарных артерий сердца. Основные формы -стенокардия, инфаркт миокарда (см.), атеросклеротический кардиосклероз. Они встречаются у больных как изолированно, так и в сочетании, в том числе и с различными их осложнениями и последствиями (сердечная недостаточность, нарушения сердечного ритма и проводимости, тромбоэмболии).

1. **Миокардит**

**Миокардит** – воспалительное поражение сердечной мышцы. Начинается на фоне инфекции или вскоре после нее с недомогания, иногда упорных болей в сердце, сердцебиения и перебоев в его работе и одышки, изредка - болезненности в суставах. Температура тела нормальная или слегка повышенная. Начало заболевания может быть незаметным или скрытым. Рано увеличиваются размеры сердца. Важными, но не постоянными признаками являются нарушения сердечного ритма (тахикардия - его учащение, брадикардия - его урежение, мерцательная аритмия, экстрасистолия) и проводимости (различные блокады). Могут появиться акустические симптомы - глухость тонов, ритм галопа, систолический шум. Миокардит может осложниться развитием сердечной недостаточности, появлением тромбов в полостях сердца, которые, в свою очередь, разнесенные током крови, вызывают омертвение (инфаркты) других органов (тромбоэмболии). Течение болезни может быть острым, подострым, хроническим (рецидивирующим). Различают миокардиты: ревматический, инфекционный (инфекционно-аллергический, пара- и метаинфекционный), связанный с тонзиллярной, вирусной., септической и другими инфекциями; аллергический (лекарственный, сывороточный, поствакцинальный, при бронхиальной астме и др.); миокардиты при коллагенозах, паразитарных инвазиях, травмах, ожогах, воздействии ионизирующей радиации; идио-патический миокардит Абрамова — Фидлера, этиология которого не установлена (предполагается вирусный или аллергический генез). В основе рецидивирующего течения миокардита лежат, по-видимому, аутоиммунные механизмы.

**Распознавание.** Нет строго специфических признаков миокардита. Диагноз ставят на основании клинических признаков, изменений электрокардиограммы, эхокардиографии, наличии лабораторных признаков воспаления. **Лечение.** Постельный режим. Раннее назначение глюкокортикоидиых гормонов (преднизолон), нестероидные противовоспалительные средства (аспирин, бутадиоп, ибупрофен, ипдометацин). Проводится лечение сердечной недостаточности, нарушений сердечного ритма и проводимости. Применяют средства, улучшающие процессы восстановления обмена веществ в мышце сердца: ретаболил, нерабол, рибоксии, витамины группы В и С. При затяжном течении болезни - делагил, плаквенил.

1. **Инфаркт миокарда**

**Инфаркт миокарда** - заболевание сердца, вызванное недостаточностью его кровоснабжения с очагом некроза (омертвения) в сердечной мышце (миокарде); важнейшая форма ишемической болезни сердца. К инфаркту миокарда приводит острая закупорка просвета коронарной артерии тромбом, набухшей атеросклеротической бляшкой.

**Симптомы и течение.** Началом инфаркта миокарда считают появление интенсивной и продолжительной (более 30 минут, нередко многочасовой) загрудинной боли (ангинозное состояние), не купирующейся повторными приемами нитроглицерина; иногда в картине приступа преобладает удушье или боль в подложечной области. Осложнения острого приступа: кардиогенный шок, острая недостаточность левого желудочка вплоть до отека легких, тяжелые аритмии со снижением артериального давления, внезапная смерть. В остром периоде инфаркта миокарда наблюдаются артериальная гипертония, исчезающая после стихания болей, учащение пульса, повышение температуры тела (2-3 сутки) и числа лейкоцитов в крови, сменяющееся повышением соэ, увеличение активности ферментов креатинфос-фокиназы, аспартатаминотрасферазы, лактатдегидрогеназы и др. Может возникнуть эпистенокардитический перикардит (боль в области грудины, особенно при дыхании, нередко выслушивается шум трения перикарда). К осложнениям острого периода относят, кроме вышеперечисленных: острый психоз, рецидив инфаркта, острая аневризма левого желудочка (выпячивание его истонченной некротизированной части), разрывы - миокарда, межжелудочковой перегородки и папиллярных мышц, сердечная недостаточность, различные нарушения ритма и проводимости, кровотечения из острых язв желудка и др. При благоприятном течении процесс в сердечной мышце переходит в стадию рубцевания. Полноценный рубец в миокарде формируется к концу 6 месяца после его инфаркта. Распознавание проводится на основании анализа клинической картины, характерных изменений электрокардиограммы при динамическом наблюдении, повышения уровня кардиоспецифических ферментов. В сомнительных случаях проводится эхокардиография (выявление «неподвижных» зон миокарда) и радиоизотопное исследование сердца (сцинтиграфия миокарда).

**Лечение.** Необходима срочная госпитализация больного. До приезда скорой помощи необходимо дать больному нитроглицерин (от одной до нескольких таблеток с интервалом 5-6 минут). Валидол в этих случаях неэффективен. В стационаре возможны попытки восстановления проходимости коронарных сосудов (расплавление тромбов с помощью стрептокиназы, фибринолизина и др., введение гепарина, срочное хирургическое вмешательство - неотложное аортокоронарное шунтирование). Обязательны обезболивающие препараты (наркотические анальгетики, анальгин и его препараты, возможен наркоз закисью азота и др., перидуральная анестезия - введение обезболивающих веществ под оболочки спинного мозга), применяется нитроглицерин (внутривенно и внутрь), антагонисты кальциевых каналов (верапамил, нифедипин, сензит), бетаадреноблокаторы (обзидан, анаприлин), антиагреганты (аспирин), проводят лечение осложнений. Большое значение имеет реабилитация (восстановление стабильного уровня здоровья и трудоспособности больного). Активность больного в постели - с первого дня, присаживание - со 2-4 дня, вставание и ходьба - на 7-9-11 дни. Сроки и объем реабилитации подбираются строго индивидуально, после выписки больного из стационара она завершается в поликлинике или санатории.

1. **Пороки сердца**

**Пороки сердца** – врождённые или приобретённые аномалии и деформации клапанов сердца, отверстий или перегородок между камерами сердца или отходящих от него сосудов, нарушающие внутрисердечную и системную гемодинамику, предрасполагающие к развитию острой или хронической недостаточности кровообращения.

**Врожденные пороки сердца**

***Врожденные пороки сердца*** - заболевания, возникающие из-за различных нарушений нормального формирования сердца и отходящих от него сосудов во внутриутробном периоде или остановки его развития после рождения. Речь идет не о генетически унаследованном заболевании, а аномалиях, причиной которых могут быть перенесенные во время беременности травмы, инфекции, недостаток в пище витаминов, лучевые воздействия, гормональные расстройства. Ни одно из внешних или внутренних воздействий не вызывает какого-либо специфического порока. К врождённым порокам сердца относят также пороки развития магистральных сосудов – аорты, лёгочной артерии.

Все зависит от фазы развития сердца, во время которой произошло повреждение плода. Все врожденные пороки сердца разделяют на 2 группы: пороки с первичным цианозом («синие») и пороки без первичного цианоза («бледного» типа).

Некоторые аномалии несовместимы с жизнью, другие тяжело проявляют себя в первые часы, дни или месяцы жизни, и судьба ребёнка зависит от возможной хирургической коррекции, с третьими человек может дожить до зрелого возраста и даже до старости (до 100 лет).

**Приобретенные пороки сердца**

***Приобретенные пороки*** сердца - поражения сердечного клапана (клапанов), створки которого оказываются неспособными к полному раскрытию (стеноз) клапанного отверстия или к смыканию (недостаточность клапана) или к тому и другому (сочетанный порок). Наиболее частой причиной дефекта является ревматизм, реже - сепсис, атеросклероз, травма, сифилис. Стеноз образуется вследствие рубцового сращения, недостаточность клапана возникает из-за разрушения или повреждения его створок. Препятствия на пути прохождения крови вызывают перегрузку, гипертрофию и расширение лежащих выше клапана структур. Затрудненная работа сердца нарушает питание гипертрофированного миокарда и приводит к сердечной недостаточности.

***Митральный порок*** - поражение митрального клапана, сопровождающееся затрудненным прохождением крови из малого круга в большой на уровне левого атриовентрикулярпого отверстия. У больных - одышка, сердцебиение, кашель, отеки и боль в правом подреберье. На лице возможен цианотический румянец, отмечаются аритмии (мерцательная, эксграсистолия).

**Лечение.** Консервативное лечение как врождённых, так и приобретённых пороков сердца безуспешно, но хирургическая операция, как активное вмешательство, может проводиться только при наличии соответствующих показаний.

**Лечебная физкультура**. Необходимо своевременно определить объём и предельный характер допустимых нагрузок, а также формы тренирующего режима.

Лечебная физкультура применяется в послеоперационном периоде.

В остром периоде (палатный или домашний режим) лечебная гимнастика выполняется лёжа, затем сидя. Постепенно двигательный режим расширяется: применяется ходьба. В период выздоровления лечебная физкультура – эффективное средство реабилитации (восстановительного лечения). Цель поддерживающего периода – закрепление достигнутых результатов и восстановление физической способности пациента.

Дозированная ходьба – основной вид физической активности, способствующий восстановлению функции сердца. Кроме того, ходьба, лечебная физкультура и другие умеренные являются эффективным средством вторичной профилактики заболеваний. Людям с заболеваниями сердечно-сосудистой системы необходимо продолжать занятия физкультурой, лучше циклическими видами – ходьбой, лыжами – всю жизнь.

При расширении двигательной активности лечебная гимнастика включает дыхательные, развивающие и другие упражнения.

1. **Варикозное расширение вен нижних конечностей (Варикоз)**

**Варикозное расширение вен нижних конечностей (Варикоз)** – неравномерное мешковидное расширение вен по протяжению, сопровождающееся несостоятельностью клапанов и нарушением кровотока. Различают первичное и вторичное (после перенесенного тромбофлебита глубоких вен, при врожденном отсутствии их варикозное расширение. /

**Симптомы, течение:** чувство тяжести в ногах при длительном стоянии, видимые на глаз варикозно расширенные вены, судороги по ночам, в поздних стадиях - отеки, пигментация и индурация кожи в области внутренней лодыжки. При объективном исследовании проводят пробы, определяющие состоятельность клапанов вен: остиальных (проба Троянова—Тренделенбурга, симптом Шварца — распространение волны крови при перкуссии в обратном направлении), коммуникантных (трехжгутовая проба Шейниса, Пратта). Важно также определить проходимость глубоких вен (маршевая проба Дельбе-Пертеса). Для уточнения функции глубоких вен в условиях стационаров проводят флебо-манометрию и флебографию. Осложнения: кровотечения (разрыв варикозного узла), тромбофлебиты (см. *Флеботромбозы),* трофические нарушения (индурация и пигментация кожи, язвы на медиальной поверхности нижней трети голени).

**Лечение** консервативное только во время беременности (ношение эластических бинтов, чулок), поскольку после родов варикозное расширение может исчезнуть. В остальных случаях при отсутствии противопоказаний показано комбинированное лечение: склеротерапия в сочетании с удалением поверхностных варикозно расширенных вен. Используются тонизирующие кремы и гели для ног, а также расслабляющие ванночки из теплой воды и отваров успокаивающих трав.

Прогноз благоприятный, однако варикозное расширение вен приводит к снижению трудоспособности. Лица с варикозным расширением вен нижних конечностей должны быть трудоустроены. Противопоказана работа, связанная с длительным стоянием.

**Лечебная физкультура**

Упражнения при варикозе должны быть направлены на улучшение периферического кровообращения, активацию сердечно-сосудистой деятельности, уменьшение дистрофических изменений в тканях пораженных конечностей. Рекомендуемые упражнения для нижних конечностей с большим объемом движений в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах; упражнения с усилием для мышц голеней и бедер; дыхательные упражнения; дозированная ходьба с использованием эластичных бинтов в течении 30-40 минут. Для усиления венозного оттока необходимо углубленное дыхание и упражнения для мышц брюшного пресса. Очень полезны занятия плаванием. При ходьбе на лыжах происходит благотворное влияние на венозное кровообращение чередование напряжения и расслабления мышц. При отсутствии уплотнений варикозно расширенных вен производят массаж.

гипертонический лечебная дистония варикоз сердце

**Литература**

1. под ред. А.Р. Ананьева Справочник практического врача М.: Медицина, 1982

2. под ред. С.Н. Попова Лечебная физическая культура М.: ACADEMIA, 2004