

ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Кафедра спортивної медицини, здоров'я людини

**Жарська Н.В.**

**Чинники формування здоров'я і здорового способу життя**

Лекція з навчальної дисципліни

„Діагностика і моніторинг рівня здоров'я ”

для студентів спеціальності 014.14 Середня освіта (здоров'я людини)

“ЗАТВЕРДЖЕНО”  
на засіданні кафедри спортивної  
медицини, здоров'я людини  
„28” серпня 2018 р. протокол № 1  
Зав.каф \_\_\_\_\_ Шиян О.І.

**ЛЕКЦІЯ № 3**

**з навчальної дисциплін  
Загальна теорія здоров'я**

## Тема:

### Чинники формування здоров'я і здорового способу життя

1. Поняття про чинники ризику захворюваності.
2. . Конституція, вік і стать як чинники ризику захворюваності
3. порушення рухового режиму як чинник ризику захворюваності.
4. Фактори ризику виникнення серцево - судинних захворювань

#### 1. Поняття про чинники ризику захворюваності

При вивченні причин виникнення різноманітних захворювань було встановлено, що існують чинники, вплив яких на організм достовірно збільшує вірогідність виникнення й розвитку певних неінфекційних захворювань. Ці чинники отримали назву “чинники ризику”. Чинниками ризику можуть виступати зовнішні умови (виробничі шкідливості, забруднення об'єктів зовнішнього середовища, несприятливі умови життя) і внутрішні особливості організму: спадкові або набуті відхилення перебігу обмінних процесів, окремі порушення регуляції функцій: надлишкова маса тіла, підвищений рівень цукру в крові тощо (рис. 4).

Принципово важливим є встановлення зв'язку між нездоровим способом життя (нераціональний режим роботи та відпочинку, незбалансоване харчування, обмеження рухової активності, шкідливі звички) та виникненням різноманітних форм неінфекційної патології.



Рис. 4. Основні чинники ризику захворюваності

Термін “чинник ризику захворюваності” не є синонімом до поняття “причина захворювання”: останній розуміють як конкретну причину (мікроорганізм, хімічна речовина тощо), що за певних умов викликає відомі хворобливі прояви. У той самий час розробка концепції чинників ризику

захворюваності дозволяє краще вивчити захворюваність якоюсь однією хворобою для її профілактики.

Характерним або спільним для всіх чинників ризику захворюваності є таке:

1) взаємозв'язок та взаємозумовленість якоїсь ознаки та наявності певного захворювання (наприклад, високий показник артеріального тиску часто вказує на серцево-судинну патологію);

2) тривалість зв'язку в часі; при одномоментному дослідженні довести, що будь-яка виявлена ознака є чинником ризику певного захворювання, неможливо;

3) стійкість, повторюваність виявленого зв'язку в тотожних умовах;

4) наявність такої величини ризику, при якій досягається певний рівень порога відбору: збільшення захворюваності в 1,5–2 рази щодо контрольної групи може бути визнане чинником ризику;

5) ознака вважається чинником ризику захворюваності до того часу, поки її зв'язок із захворюванням остаточно в усіх деталях не розкритий; якщо ж вдається прослідкувати чітку зумовленість захворювання, то чинник ризику кваліфікується вже як встановлена причина захворювання;

6) практичне значення чинників ризику захворюваності полягає в їх використанні для прогнозу захворюваності для профілактики конкретних захворювань.

Усвідомлення того, що певні явища або речовини є чинниками ризику захворюваності, дає можливість запобігти виникненню багатьох захворювань у тому випадку, коли конкретні причини їх виникнення нам не відомі.

Роль окремих чинників ризику у виникненні й розвитку захворювань не однакова. Так, на сьогодні день відомо понад 20 чинників ризику, які сприяють виникненню серцево-судинних захворювань, проте найбільше значення мають так звані основні чинники ризику: куріння, підвищений вміст у крові холестерину, надлишкова маса тіла, недостатня фізична активність. Серед чинників ризику, що призводять до хронічних захворювань органів дихання, основними є куріння, забруднення атмосферного повітря та повітря робочої зони. При цьому куріння – значно агресивніший чинник ризику, ніж забруднення повітряного середовища. Окрім того, дія чинників ризику на стадії розвитку захворювання значно погіршує його перебіг, підвищуючи імовірність переходу його в тяжкі форми, навіть зі смертельним закінченням.

Результат впливу чинників ризику залежить від ступеня їх прояву, тривалості дії, сполученого впливу з іншими чинниками тощо.

## **2. Конституція, вік і стать як чинники ризику захворюваності**

Форма й розмір тіла є індивідуальними для кожної людини..

Конституційні відмінності людей значною мірою визначаються спадковими чинниками. Однак погляд на конституцію як на сукупність виключно спадкових якостей, свого роду “соматичний fatum організму”,

уявлення про незалежність конституційних ознак від впливу будь-яких умов зовнішнього середовища не відповідає реальному стану речей. Водночас незважаючи на те, що конституція значною мірою залежить від різноманітних умов зовнішнього середовища, вона не є чимось непостійним.. Так, зріст дорослої людини, основні риси характеру та темпераменту зберігаються все життя, тому вони належать до конституційних.

Існує багато класифікацій типів будови тіла людини. Основа класифікацій найчастіше базується на врахуванні морфологічних особливостей будови тіла з виділенням двох основних типів:

- а) слабо розвинута мускулатура й вузька грудна клітка;
- б) добре розвинута мускулатура й широка грудна клітка.

Серед різноманітних класифікацій типів конституції класифікація М. В. Чорноручького заслуговує на особливу увагу. Вона пов'язує морфологічні особливості організму з певними функціональними особливостями. Згідно з цією класифікацією, людей поділяють на такі основні типи: 1) астеничний, 2) гіперстеничний, 3) нормостеничний.

Для астеників характерні високий зріст, легкість у будові тіла, стрункість. Гіперстеники характеризуються масивністю тілобудови – вони мають відносно довгий тулуб при відносно коротких кінцівках. Нормостеники займають проміжне положення між першими та останніми. Крайні типи характеризуються певними особливостями деяких функціональних показників. Зокрема, у астеників порівняно з гіперстениками нижчі показники артеріального тиску, більша життєва ємкість легень, слабша моторика шлунка та менша всмоктувальна здатність кишківника.

Свою класифікацію типів психічної діяльності І. П. Павлов пов'язав із класифікацією Гіппократа, який розрізняв сангвінічний, холеричний, флегматичний та меланхолічний темпераменти людини. Проводячи паралелі, І. П. Павлов виокремив такі 4 типи психічної діяльності:

- 1) сильний, врівноважений, рухливий тип – відповідає сангвінічному темпераменту;
- 2) сильний, нерівноважений, нестримний тип – відповідає холеричному темпераменту;
- 3) сильний, врівноважений, інертний тип – відповідає флегматичному темпераменту;
- 4) слабкий тип – відповідає меланхолічному темпераменту.

Сильний, врівноважений, рухливий тип. Для цього типу характерні сильні процеси збудження та гальмування, які врівноважені між собою і відзначаються високою рухливістю. Люди такого типу дуже рухливі, реактивні, товариські, продуктивні, здебільшого не пасують перед складними життєвими ситуаціями. Навпаки, труднощі лише заохочують їх до діяльності, оскільки швидкість, гнучкість утворення диференціацій та гальм у них є дуже високою. Представників цього типу І. П. Павлов називав велетнями нервової сили, які не бояться новизни та труднощів, але внаслідок їх лабільності ця позитивна риса нерідко призводить до нерівноваженості поведінки, аж до азарту та авантюризму.

Сильний, неврівноважений, нестримний тип. Процеси збудження та гальмування в нервовій системі є сильними, проте збудження переважає над гальмуванням. І. П. Павлов розглядав його як бойовий, легко дратівливий тип, не здатний втримувати себе у відповідних межах поведінки, який легко захоплюється різноманітними проектами, нерідко фантастичними, але не доводить розпочате до кінця. Холерик схильний до зміни стану напруженої працездатності спадом діяльності та депресією.

Сильний, врівноважений, інертний тип. Характеризується повільними, але достатньо сильними процесами збудження та гальмування, які зрівноважені між собою. За І. П. Павловим, це спокійний, солідний, дещо інертний, повільний, мало реактивний і мало товариський, завжди рівний, наполегливий та завзятий. Люди з таким типом психічної діяльності добре справляються з труднощами, наполегливо працюють у напрямку поставленої мети, не люблять, коли їх відволікають, новизна нерідко лякає їх.

Слабкий тип. Характеризується слабкістю процесів збудження та гальмування. У такої людини не вистачає сил для подолання складної життєвої ситуації, яка стає для неї гальмівним чинником і викликає пасивно-оборонну реакцію – людина ні в що не вірить, ні на що не сподівається, в усьому вбачає небезпеку, на яку постійно очікує.

Було б, звичайно, неправильно вважати одні типи хорошими, інші – поганими. Реактивність та товарищівість сангвініка, енергійність холерика, спокій та інертність флегматика, високий рівень чуттєвості меланхоліка є прикладами позитивних якостей. Але при будь-якому типі психічної діяльності можуть розвиватися небажані якості особистості та неврози. При певних умовах сильний, врівноважений, рухливий тип (сангвінік) може виявити схильність до зменшення цілеспрямованості, що проявляється “розкидання” уваги; сильний, неврівноважений, нестримний (холерик) виявляє нестриманість; сильний, врівноважений, інертний (флегматик) – в’ялість та байдужість до всього, що його оточує; слабкий (меланхолік) – цілком замикається у своєму внутрішньому світі. Особливо легко неврози виникають при слабкому та сильному, нестримному типах. Таким чином, кожний тип психічної діяльності має свої позитивні та негативні сторони.

І. П. Павлов на тваринах експериментально довів можливість корекції типа психічної діяльності. Ще більшого значення це набуває для людини. Вивчати особливості, які притаманні різним типам психічної діяльності, необхідно самим різним спеціалістам – і вчителям фізичного виховання, і тренерам, і реабілітологам. Без знання типології людської особистості неможливий ефективний вплив на неї – навчання, виховання, перевиховання та керування.

Водночас, оскільки більшість людей має змішані типи будови тіла та змішані типи психічної діяльності, усі зазначені класифікації мають відносний характер.

Клінічні спостереження показують, що між типом будови тіла та схильністю до тих чи інших захворювань існує певний зв’язок. Зокрема, унаслідок того, що вміст холестерину в крові у гіперстеніків є вищим, ніж у

астеніків, у них частіше виникають захворювання серцево-судинної системи. Окрім того, у гіперстеніків частіше трапляються такі пов'язані з порушеннями обміну речовин захворювання як діабет та жовчево-кам'яна хвороба. Разом з тим виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, виразковий коліт бувають частіше в астеніків. Також у астеніків частіше, ніж у людей з іншою будовою тіла, спостерігається пониження функції надниркових залоз та туберкульоз легень.

Схильність до певних захворювань формується із сукупності успадкованих та набутих властивостей організму. Наявність у людини схильності до певного захворювання не означає, що вона обов'язково повинна захворіти. Схильність до захворювання розвивається у хворобу тільки в тих випадках, коли людина перебуває в несприятливих умовах (недостатність харчування, порушення гігієнічних вимог щодо режиму, наявність інших захворювань). Водночас при відсутності провокаційних умов або при їх пом'якшенні схильність до захворювання може і не трансформуватися у хворобу.

Одним із чинників ризику виникнення захворювання є вік. Кожному віковій властиві свої хвороби. Відомо, що в дітей раннього віку частіше, ніж у дорослих, трапляються захворювання дихальної та травної систем. Це пов'язане з анатомо-фізіологічними особливостями дитячого організму. Так, у дітей грудного віку, котрі більшу частину доби перебувають у лежачому положенні, ребра розташовані горизонтально, а грудна клітка має діжкоподібну форму. Наслідком цього є діафрагмальний тип дихання, при якому недостатньо вентилуються верхні і середні відділи легень. Кишківник новонародженого в 6 разів довший за довжину тіла (у дорослих – у 4,5 рази), слизова оболонка кишківника тонка, травні залози розвинені недостатньо. Крім того, нервова регуляція діяльності дихальної і травної систем у дітей раннього віку ще недосконала. Указаний комплекс причин і призводить до підвищеної вразливості зазначених систем у дітей раннього віку різноманітними хвороботворними чинниками. У той самий час таке важке захворювання респіраторної системи як легеневий туберкульоз у дітей трапляється порівняно рідко. Значно частіше він розвивається в підлітків та в юнацькому віці.

Люди працездатного віку можуть хворіти на так звані “професійні хвороби”, які пов'язані з їх професійною діяльністю. Захворювання, викликані порушеннями обміну речовин (атеросклероз, діабет), найчастіше виникають у середньому та старшому віці. Багато захворювань можуть розвинути в будь-якому віці. Необхідно зазначити, що останніми роками спостерігається “омолодження” низки захворювань, які традиційно вважалися хворобами людей виключно похилого віку: атеросклероз, діабет, злоякісні новоутворення.

Певним чинником розвитку захворюваності є також стать. Так, на гемофілію хворіють переважно чоловіки. Лише чоловіки страждають на хвороби чоловічої статевої сфери, наприклад на аденоматозне розростання передміхурової залози (простати), тоді як тільки в жінок можливі

захворювання органів жіночої статеві системи (матки, яйників). Разом з тим серед захворювань, що спостерігаються і серед чоловіків, і серед жінок, є такі, які можна кваліфікувати як переважно "жіночі" та переважно "чоловічі". Так, на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки, облітеруючий ендартеріт хворіють переважно чоловіки. Від жовчевокам'яної хвороби страждають в основному жінки середнього віку. Також переважно "жіночими" є такі патології щитоподібної залози, як базедова хвороба (гіпертиреоз) або мікседема (гіпотиреоз).

Проте поділ на "жіночі" та "чоловічі" хвороби не є абсолютним і незмінним. Так, на початку ХХ ст. такі захворювання серцево-судинної системи як інсульт або інфаркт міокарда були виключно чоловічими. Унаслідок активного залучення жінок до найрізноманітніших галузей господарської діяльності, у теперішній час частка жінок серед хворих з інфарктом міокарда, інсультами, виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки є значною і продовжує зростати.

### **3. Порушення рухового режиму як чинник ризику захворюваності**

З другої половини ХХ ст. в усіх сферах життя людини спостерігається стрімке зменшення обсягу м'язової активності. Це значною мірою зумовлено науково-технічним прогресом, який сприяє перевазі статичних форм діяльності перед динамічними. Енергетичні витрати на самообслуговування, господарські проблеми тощо значно знизилися.

Гіпокінезія – обмеження кількості та обсягу рухів, яке може бути зумовлене способом життя, особливостями професійної діяльності, а у випадку захворювання – тривалим постільним режимом. Часто гіпокінезія супроводжується гіподинамією, тобто зменшенням м'язових зусиль, витрачених на підтримання пози, переміщення тіла в просторі, фізичну роботу. Унаслідок свого поширення та негативного впливу на організм, гіпокінезія та гіподинамія становлять собою одну із найважливіших проблем нашого часу.

Зменшення рухової активності призводить до зниження енерговитрат. Тому при гіпокінезії першочергові зміни стосуються енергетичного обміну: за рахунок ослаблення процесів окислювального фосфорилування зменшується швидкість синтезу АТФ. Окрім того, у м'язах порушується тканинне дихання, що суттєво впливає на газообмін. Зокрема, при тривалій гіпокінезії основний обмін знижується на 5 – 22%, що своєю чергою призводить до зменшення легеневої вентиляції. Результатом цього ланцюга патологічних змін є різке зниження працездатності всього організму.

Унаслідок гіпокінезії відбуваються глибокі структурні зміни в органах і тканинах. Цей процес стосується насамперед скелетних м'язів та міокарда. Обмеження обсягу м'язової діяльності призводить до змін у скоротливому апараті м'язів, а також до порушення структури й функції синапсів – відбувається своєрідна "фізіологічна денервація" м'язів. Одночасно в

результаті того, що процеси катаболізму переважають над процесами анаболізму, в м'язах відбуваються дистрофічні та атрофічні процеси, і м'язова маса зменшується. Об'єктивно реєструється зменшення м'язової сили, статичної та динамічної витривалості, падіння м'язового тону. Поруються рухові навички та координація рухів.

Гіпокінезія супроводжується різким зменшенням навантаження на серцево-судинну систему. Унаслідок бездіяльності м'язів їхня потреба в кисні значно зменшується. Це призводить до зниження функціональних можливостей міокарда. Діяльність серця робиться менш "економічною", проявами чого є прискорення серцебиття, зменшення систолічного об'єму крові та сили серцевих скорочень. Окрім того, у результаті посиленого розпаду ліпідів, у стінках кровоносних судин відбуваються суттєві структурні зміни, які кваліфікуються як склеротичні.

Існує тісний зв'язок між функцією м'язів та розмірами, товщиною й будовою кісток. При обмеженні рухової активності відбуваються комплексні зміни ліпідно-фосфорно-кальцієвого обміну в організмі: спостерігається вихід кальцію з депо та посилене його виведення з організму. Це ініціює низку патологічних процесів. Зокрема, зменшується міцність кісток, порушується гемопоез. Окрім того, вихід кальцію з кісток супроводжується підвищенням його вмісту в крові та сечі, що може призвести до утворення каменів у нирках. Зазначені зміни підсилюються змінами водно-сольового обміну: виведення солей кальцію, натрію, калію супроводжується зневодненням організму.

В умовах тривалого зменшення рухової активності суттєвих змін зазнає центральна нервова система: порушується сон, підвищується дратівливість, помітно знижується поріг нервово-психічної адаптації до навколишнього середовища.

Тривала гіпокінезія призводить до вираженої дискоординації механізмів реактивності організму. Унаслідок зменшення захисної здатності зовнішніх та внутрішніх бар'єрних систем знижується протиінфекційна резистентність, зростає захворюваність на неспецифічні інфекції, які призводять до риніту, отиту, бронхіту тощо). Окрім того, зменшується протиалергічна стійкість організму.

У зв'язку з тим, що гіпокінезія супроводжується суттєвими змінами в гіпоталамо-гіпофізарно-адреналовій системі, її можна розглядати як своєрідний "хронічний стрес", який характеризується поступовим вичерпанням механізмів нейроендокринної регуляції функцій організму.

Фізичні навантаження, які перевищують можливості їх виконання конкретною особою, кваліфікуються як надмірні. Найчастіше надмірні фізичні навантаження виникають у спортсменів у результаті надмірної рухової активності – гіперкінезії.

Гіперкінезія супроводжується розвитком патологічних змін практично в усіх системах організму. Первинний комплекс функціональних порушень і клінічних змін виникає в центральній нервовій системі і, передусім, у корі головного мозку. Установлено, що там відбувається перенапруження



процесів як збудження, так і гальмування, унаслідок чого їхня рухливість зазнає значних змін. Так, на початкових стадіях перенапруження спортсмени скаржаться на порушення сну з поганим засинанням та частими пробудженнями. Згодом з'являються скарги на кволість, апатію, сонливість, підвищену дратівливість. У міру наростання перевтоми від надмірної рухової активності розвиваються зміни, характерні для патогенезу неврозів.

Однією з основних об'єктивних ознак гіперкінезії є розлад найтонших рухових координацій, який із часом закінчується втратою гостроти м'язового відчуття.

Для гіперкінезії характерними є зміни в діяльності серцево-судинної системи. Спочатку вони проявляються в неадекватно високій реакції на фізичні навантаження, в уповільненні відновного періоду після них та в порушеннях ритму серцевої діяльності. У результаті надмірної рухової активності різко збільшується продукція норадреналіну та адреналіну, яка значно переважає продукцію ацетилхоліну. Разом з тим адреналін та норадреналін значно збільшують потребу міокарда в кисні, у той час як ацетилхолін її зменшує. Неадекватне збільшення вмісту адреналіну та норадреналіну призводить до виникнення та розвитку явищ кисневого голодування міокарда. Це може спричинити виникнення дистрофічних змін у міокарді внаслідок порушення вегетативної регуляції серцевої діяльності. В окремих випадках значні фізичні навантаження можуть призвести до виникнення в міокарді вогнищ некрозу – інфаркту міокарда.

Суттєве значення в розвитку патологічних процесів при гіперкінезії має ендокринна система. Зокрема, встановлено динамічну перебудову функціональної гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової системи, що супроводжується зниженням глюкокортикоїдної та адренкортикотропної функції передньої частки гіпофізу, а з часом призводить до вичерпання функціональних можливостей кори надниркових залоз.

#### **4. Фактори ризику виникнення серцево - судинних захворювань**

У наш час загально визнано, що епідемія хронічних неінфекційних захворювань, у тому числі і серцево-судинних, значною мірою пов'язана зі способом життя і виникненням унаслідок цього фізіологічних факторів ризику.

Походження захворювань серцево-судинної системи різноманітне: вроджені дефекти, травми, запальні процеси, інтоксикація. Захворювання серцево-судинної системи можуть бути також викликані порушенням механізмів, регулюючих діяльність серця або судин, патологічною зміною обмінних процесів.

Найбільш поширені захворювання серцево-судинної системи припадають на захворювання кровоносних судин — атеросклероз і гіпертонічна хвороба. Ці

та інші серцево-судинні захворювання найбільш небезпечні для життя людини.

**Гіпертонічна хвороба** (первинна артеріальна гіпертензія) характеризується стійким підвищенням тиску крові і порушенням тону судин різних областей.

**Атеросклероз** характеризується ущільненням артеріальної стінки за рахунок появи атеросклеротичних бляшок — відкладень жирів в судинній стінці, розростання сполучної тканини, звуженням просвіту судин і погіршенням кровопостачання всього організму. Тромбоз судин обтяжує перебіг атеросклерозу навіть на ранніх стадіях. Згорнувши згусток крові (тромб), що утворився на атеросклеротичній бляшці, протягом короткого часу закупорює просвіт судини і викликає важкі порушення кровопостачання органа. Атеросклероз, в свою чергу, є фактором багатьох захворювань: стенокардія, інфаркт міокарда, кардіосклероз, інсульт і т.д.

**Ішемічна хвороба серця (ІХС)** — гостре або хронічне ураження серця, викликане зменшенням або припиненням постачання крові до міокарда у зв'язку з розвитком атеросклерозу в коронарних артеріях серця. Найбільш частими клінічними проявами ішемічної хвороби є напади **стенокардії**.

Ускладненням ішемічної хвороби серця може стати **інфаркт міокарда**, обумовлений розвитком вогнищ омертвіння в серцевому м'язі. Іншим варіантом розвитку ішемічної хвороби є **кардіосклероз**, проявами якого іноді стають різні зміни в серцевому ритмі (аритмії) і серцева недостатність.

При атеросклерозі судин мозку виникають порушення мозкового кровообігу, в т. ч. **інсульт** — пошкодження мозку, яке характеризується закупоркою або розривом судин мозку. Як правило, підвищений артеріальний тиск сприяє формуванню атеросклеротичних змін.

Фактори ризику бувають впливові і не впливові. Впливові - це такі фактори ризику, які можна тим або іншим способом усунути, а НЕ впливові - це такі фактори ризику, які (на жаль) усунути неможливо (наприклад: Ваш вік і стать).

### **Не впливові фактори ризику:**

1. Стать:

1.1. Ризик у чоловіків вище, ніж у жінок.

1.2. З віком розходження зменшуються.

1.3. У віці 35 - 70 років у чоловіків ризик смерті від інсульту на 30% вище, від ІХС в 2-3 рази вище, ніж у жінок. У віці 75 років ризик смерті від ССЗ приблизно однаковий у чоловіків і у жінок.

2. Вік. Чоловіки > 55 років, жінки > 65 років більшою мірою схильні до серцево-судинних захворювань.
3. Менопауза. У жінок в менопаузі ризик серцево-судинних захворювань вище.
4. Спадковість. Хвороби серця у Ваших прямих родичів говорять про більш високу ймовірність розвитку подібних хвороб і у Вас
5. Етнічна приналежність (наприклад, у негроїдів більш високий ризик інсульту і ХНН).
6. Географічний регіон проживання:
  - 6.1. Висока частота інсульту та ІХС у Росії, Східній Європі, країнах Балтії.
  - 6.2. Високий ризик інсульту і низький ризик ІХС у Китаї.
  - 6.3. Високий ризик інсульту і ХНН в Африці при низькому ризику ХНК.
7. Поразка органів мішеней (серце, головний мозок, нирки, сітківка очей, периферичні судини). Наявність необоротних захворювань перерахованих органів значно збільшує ризик серцево-судинної катастрофи.
8. Цукровий діабет. Цукровий діабет в даний час зарахований до поразок органів мішеней. Ознаки діабету: спрага, сухість у роті, велике споживання рідини, часте (безболісне) і рясне сечовипускання.

### **Впливові фактори ризику:**

1. Куріння - названо першим, тому що найлегше усувається. Якщо у Вас болить рука, то Ви ж не б'єте по ній молотком. Якщо у Вас захворювання серця, то курити - НЕ МОЖНА!
  - 1.1. Куріння підвищує ризик захворювань серця в 1,5 рази.
  - 1.2. Підвищує ризик ендотеліальної дисфункції, атеросклерозу, облітеруючих захворювань судин, онкологічних захворювань.
  - 1.3. Підвищує холестерин ЛПНЩ (найгірший для серця).
  - 1.4. Підвищує артеріальний тиск як у хворих гіпертензією, так і в осіб з нормальним тиском.
2. Гіперхолестеринемія (загальний холестерин > 5,2 ммоль / л).
3. Дисліпідемія (зміна співвідношення рівнів різних фракцій холестерину):
  - 3.1. Підвищення рівня холестерину ЛПНГ (бета-ліпопротеїди або ПОГАНІЙ холестерин).
  - 3.2. Зниження рівня холестерину ЛПВЩ (його підвищення на 0,03 ммоль / л пов'язано зі зниженням ризику ССЗ на 3%, це ХОРОШИЙ холестерин).
  - 3.3. Гіпертригліцеридемія (багато тригліцеридів у крові).

4. Підвищення систолічного (верхнього) артеріального тиску > 140 мм Нг.
5. Підвищення діастолічного (нижнього, «серцевого») артеріального тиску > 90 мм Нг.
6. Підвищене споживання солі.
7. Ожиріння:
  - 7.1. Супроводжується розладами вуглеводного обміну, зниженням холестерину ЛПВЩ (хороший).
  - 7.2. При індексі маси тіла 25 - 29 (ожиріння 2 ступеня) ризик ІХС на 70% вище, при ІМТ > 30 (ожиріння 3 ступеня) - на 300% вище.
  - 7.3. При однаковій вазі тіла ризик ІХС, інсульту і смерті збільшується при зростанні відносини кіл талії / стегна.
8. Зловживання алкоголем.
9. Гіподинамія (щоденні аеробні [тобто на повітрі] вправи легкої або середньої інтенсивності протягом 20 хв зменшують ризик смерті від ІХС на 30%).
10. Стреси. Пояснювати не треба.
11. Порушена толерантність до глюкози, гіперглікемія. Тобто преддіабетом: підвищення цукру в крові.
12. Протеїнурія, мікроальбумінурія. А це порушення функції нирок, коли через нирки починає виходити білок.
13. Гіперкреатиніємія (хронічна ниркова недостатність). Пізніший критерій ураження нирок, коли нирки не справляються зі своєю функцією.
14. Пульсовий артеріальний тиск (різниця між систолічним і діастолічним) більше 60 мм Нг, висока варіабельність артеріального тиску (розкид значень в межах доби), недостатнє зниження або підвищення артеріального тиску вночі. Тобто не повинно бути різких стрибків тиску, а вночі артеріальний тиск повинен бути нижче денного.
15. Тахікардія. Тобто частий пульс або серцебиття.
16. Синдром нічного апное. Це - хропіння і короткочасні зупинки дихання під час сну.
17. Дефіцит естрогенів у жінок. Найчастіше при менопаузі, але також буває при гінекологічних захворюваннях або після видалення обох яєчників.
  - 17.1. Викликає ендотеліальну дисфункцію.
  - 17.2. Є пусковим механізмом порушень ліпідного та вуглеводного обмінів.
18. Перенесена хламідійна інфекція прискорює розвиток ендотеліальної дисфункції, тобто атеросклерозу.
19. Метаболічні порушення. Це перелік показників біохімічного аналізу крові, за якими доведено їх вплив на серцево-судинні захворювання у разі відхилень від норми:
20. Соціально-економічне становище (чим нижче соціальний статус, тим вище ризик серцево-судинних захворювань).

## Профілактика серцево-судинних захворювань |

Для оцінки ризику виникнення серцево-судинних захворювань застосовують магнітно-резонансну томографію, комп'ютерну томографію, ехокардіографію та ЕКГ.

Боротьба з факторами ризику в деяких випадках не занадто ефективна. У більшості випадків важко вести профілактику у пацієнтів, що знаходяться в соціальній ізоляції - одиноких людей, які ведуть не занадто здоровий спосіб життя. Величезний вплив на боротьбу з факторами ризику надає соціальний стан пацієнта. Чим воно нижче, тим важче змусити його змінити своє життя. Але, як показує практика, якщо пацієнтів активно змушувати брати участь в процесі боротьби з причинами серцево-судинних захворювань, ефективність заходів зростає.

### *Здорова їжа*

Здорове харчування знижує ризик захворювання до мінімумів. Пацієнтам необхідно знати про ті чи інші дієтах, показаних хворим на цукровий діабет та артеріальною гіпертензією.

- якнайбільше урізноманітнити їжу;
- знизити споживання холестерину;
- включити в раціон жирну рибу;
- збільшити споживання овочів, зернового хліба, знежирених молочних продуктів;
- знизити споживання жирів.

### *Фізичні навантаження*

Збільшення навантаження до меж, що дають можливість знизити ризик розвитку серцево-судинних захворювань, показано і здоровим і хворим людям. Пацієнтам, у яких діагностовано той чи інший вид захворювання серцево-судинної системи, необхідно індивідуально підібрати рівень навантаження. Як правило, перед призначенням збільшення фізичної активності такі пацієнти проходять обов'язкове клінічне обстеження, за результатами якого лікуючий лікар визначить рівень фізичних вправ.

### *Артеріальна гіпертензія*

Артеріальна гіпертензія, будучи самостійним видом захворювання, викликає ускладнення будь-яких серцево-судинних хвороб. Зниження артеріального тиску до певних значень - один з дієвих методів профілактики. Стійке артеріальний тиск вище 140/90 мм.рт.ст. вимагає призначення антигіпертензивної терапії. Вибір препаратів залежить від виду патології та супутніх факторів ризику.

В останні роки фіксується прояв артеріальної гіпертензії у підлітків.

*Причини розвитку захворювання в ранньому віці в основному такі:*

- неправильне харчування, споживання великої кількості NaCl і, як наслідок, ожиріння;
- захоплення силовими видами спорту з застосуванням допінгу;
- куріння;
- прийом психостимуляторів, споживання енергетичних напоїв;
- несприятливі соціальні умови.

*Профілактика артеріальної гіпертензії у підлітків*

Профілактика серцево-судинних захворювань, в тому числі артеріальної гіпертензії, в першу чергу повинна включати обов'язкові заходи щодо попередження цих захворювань у підлітків і людей молодого віку.

Звичка вести здоровий спосіб життя повинна робити щеплення якомога раніше. Обов'язкове заняття спортом допоможе в боротьбі зі шкідливими звичками і надлишковою масою тіла. Фізичне перенапруження повинно бути виключено повністю. З більш глобальної точки зору профілактика артеріальної гіпертензії серед підлітків полягає в поліпшенні соціальної обстановки: нормальні психологічні умови в сім'ї та дитячому колективі. Не меншу роль відіграє захист навколишнього середовища та покращення екології.

*Самостійна профілактика - так, самолікування - ні*

Самостійна профілактика серцево-судинних захворювання вітається, самолікування абсолютно не допускається. При найменшій підозрі на появу симптомів хвороби необхідно звернутися до кардіолога. Виразні симптоми, які вказують на проблеми з серцем, говорять про те, що хвороба прогресує вже давно, і потрібно негайне втручання фахівців. На більш ранніх стадіях лікування серцево-судинних захворювань найбільш успішно. Таким чином, ще одним важливим способом профілактики подібних захворювань стає регулярне обстеження у кардіолога. Комп'ютерна томографія та ЕКГ, що проводяться хоча б один раз на рік, допоможуть на самих ранніх стадіях виявити будь-які відхилення у серцево-судинної діяльності організму.

## **Література:**

1. Андрущенко В.П., Михальченко М.І. Сучасна соціальна філософія. – К.: Генеза, 1996. – 368 с.

2. Основи екології та охорона навколишнього природного середовища: Навч. посібник / За ред. В.С. Джигиря. – Львів, 1999. – 238 с.
3. Алексеенко И.Р., Кейсевич Л.В. Последняя цивилизация? Человек. Общество. Природа. – К.: Наукова думка, 1997. – 412 с.
4. Основи соціоекології: Навч. посібник / За ред. Г.О. Бачинського. – К.: Вища школа, 1995. – 238 с.
5. Бакка М.Т., Мельничук А.С., Сівко В.І. Охорона і безпека життєдіяльності людини: Конспект лекцій. – Житомир: Льонок, 1995. – 165 с.
6. Словарь по этике / Под ред. А.С. Кона. – 5-е издание. – М.: Политиздат., 1983. – 445 с.
7. Васильев В.Н. Здоровье и стрессы. – М.: Знание, 1991. – 160 с.
8. Казаков В.А. Психологія діяльності та навчальний менеджмент: Підручник у 2-ох ч. Ч.1: Психологія суб'єкта діяльності. – К.: КНЕУ, 1999. – 244 с.
9. Биология. Пособие для подг. отд. мед. ин-т. / Под общей ред. Н.Е. Ковалева. – М.: Высшая шк., 1985. – 384 с.
10. Безопасность жизнедеятельности: Учебник для вузов / Под общей ред. С.В. Белова. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Высшая шк., 1999. – 448 с.