

Презентация.

# Основные неинфекционные заболевания

Выполнила:

Студентка 2 курса

Группы СР-22

Волынчикова Зоя

## Цель:

*Познакомить аудиторию с основными неинфекционными заболеваниями, рассказать о профилактике заболеваний.*

## Задачи.

- познакомить аудиторию с симптомами заболеваний
- с тем, чем опасно то, или иное заболевание
- показать как можно избежать заболевания
- развить бережное и внимательное отношение к своему здоровью

# Контрольные вопросы

1) *Первостепенные меры, направленные на предупреждение остеопороза:*

А) адекватные физические нагрузки

Б) достаточное поступление белковых продуктов питания

В) сбалансированное питание, с достаточным содержанием кальция

Г) сбалансированное питание, с достаточным содержанием витаминов

2) *Первостепенные меры, направленные на предупреждение возникновения сахарного диабета:*

А) адекватные физические нагрузки

Б) достаточное поступление белковых продуктов питания, ограничение легкоусвояемых углеводов, сбалансированное питание

В) сбалансированное питание, с достаточным содержанием кальция

Г) сбалансированное питание, с достаточным содержанием витаминов

3)

*К управляемым (изменяемым) факторам риска, способствующим развитию атеросклероза, относится:*

- А) пол
- Б) наследственность
- В) возраст
- Г) уровень холестерина крови

4)

*К неуправляемым (неизменяемым) факторам риска, способствующим развитию атеросклероза, относится:*

- А) адекватные физические нагрузки
- Б) масса тела
- В) наследственность
- Г) потребление соли больше 5г в день

5) *Сахарный диабет первого типа характеризуется тем, что:*

- А) инсулин в поджелудочной железе не вырабатывается
- Б) инсулин в поджелудочной железе вырабатывается в недостаточном количестве
- В) инсулин в поджелудочной железе вырабатывается в неактивной форме

6) *Остеопороз - это заболевание, связанное с:*

- А) скоплением на стенках артерий жироподобного вещества (бляшек)
- Б) потерей костной массы
- В) эмоциональным расстройством
- Г) резким подъемом АД

7) *Дополните фразу:*

Острое нарушение кровообращения в головном мозге, вызывающее гибель мозговой ткани, называется \_\_\_\_\_.

8) *Дополните фразу:*

Заболевание, характеризующееся повышением артериального давления, называется \_\_\_\_\_.

9) *Нормальным для взрослого человека является АД:*

- А) 100/60 мм,
- Б) 120/80 мм,
- В) 160/90 мм,
- Г) все ответы верны

10) *Частый пульс называется:*

- А) гипертонией
- Б) гипоксией
- В) экстрасистолией
- Г) тахикардией

11) *Инсулин вырабатывается в:*

- А) щитовидной железе
- Б) надпочечниках
- В) поджелудочной железе
- Г) печени

12) *Пониженное АД обозначают термином:*

А) гипоксия

Б) гипотония

В) гипогликемия

Г) гипотермия

13) *Дополните фразу:*

Инсульт, состоящий в кровоизлиянии в мозг, под оболочки и желудочки мозга, называется \_\_\_\_\_.

14) *Дополните фразу:*

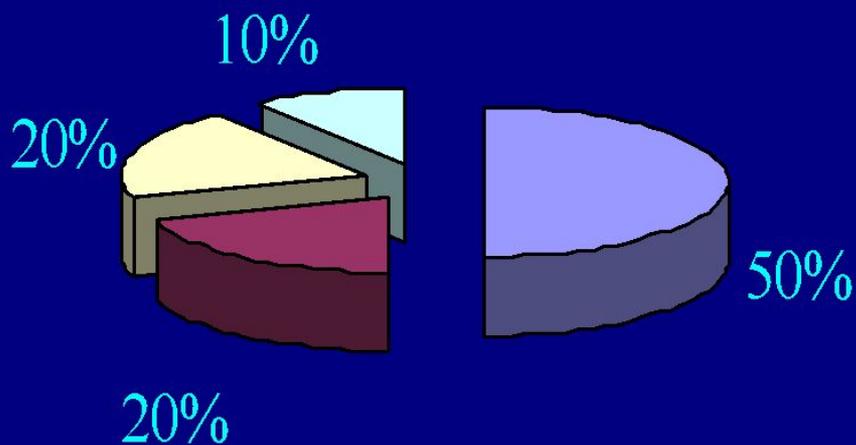
Сердечная недостаточность, возникающая внезапно и проявляющаяся в течение нескольких часов, называется \_\_\_\_\_.

# Здоровье –



это состояние  
полного  
физического,  
психического и  
социального  
благополучия, а не  
только отсутствие  
болезней или  
физических  
недостатков.

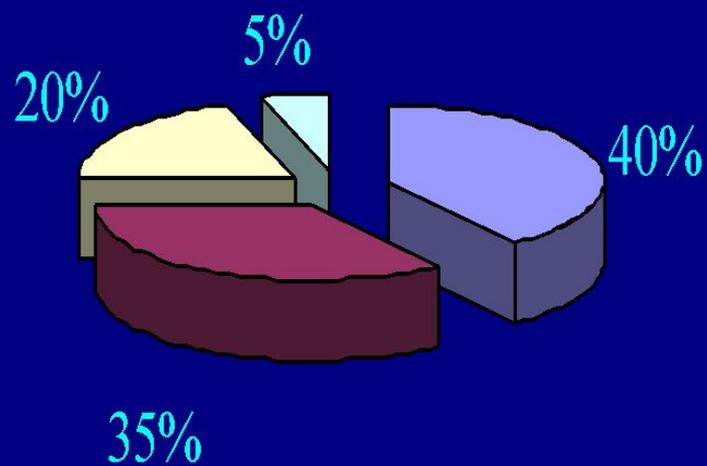
# Факторы, влияющие на здоровье:



- Образ жизни
- Внешняя среда, экология
- Биологические факторы
- Медицинская помощь

# 1. Образ жизни

1. Отсутствие вредных привычек
2. Правильное, сбалансированное в количественном и качественном отношении питание
3. Адекватные физические нагрузки
4. Благоприятный психологический климат в семье, на работе, учебе и т.д.
5. Внимательное отношение к своему здоровью

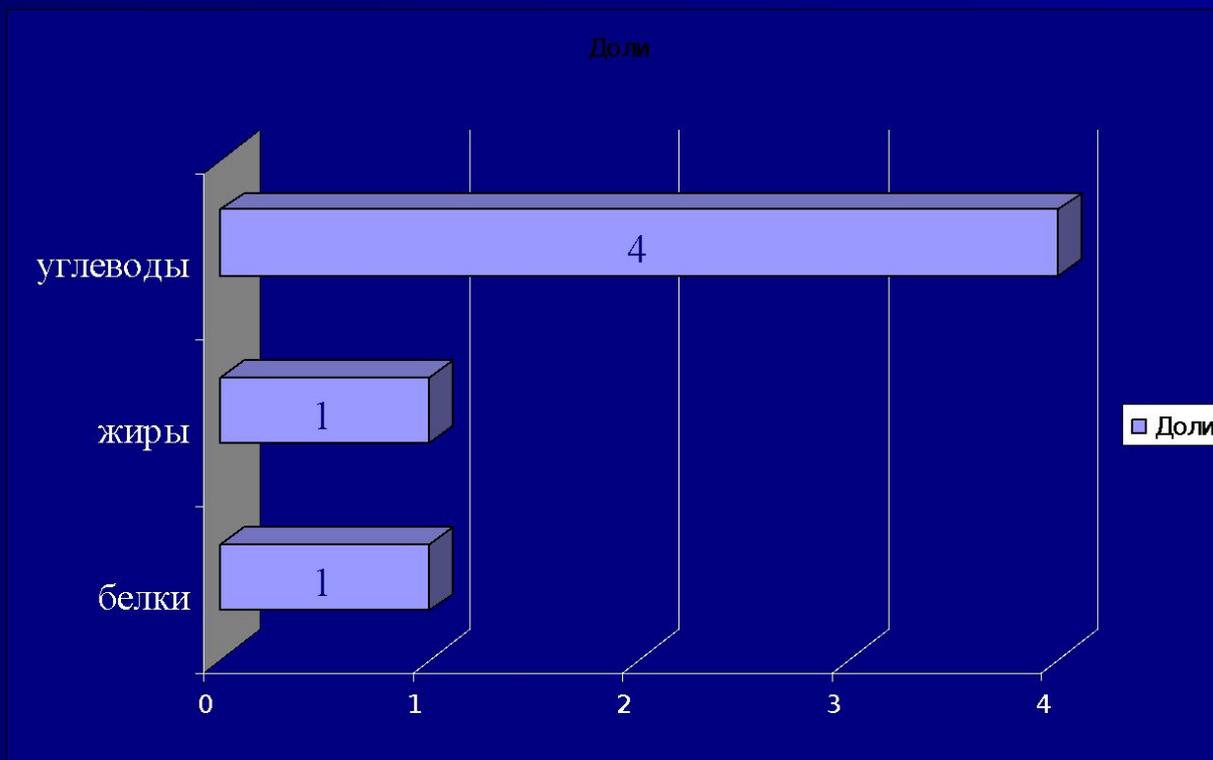


■ каши, злаки

■ фрукты, овощи

■ мясо, рыба,  
молоко, птица

■ масло, торты и  
т.п.



## 2. Внешняя среда, экология

1. Отсутствие вредных факторов производства, обучения и т.д.
2. Хорошие материально – бытовые условия
3. Оседлый образ жизни
4. Благоприятный климат
5. Экологически чистая среда обитания

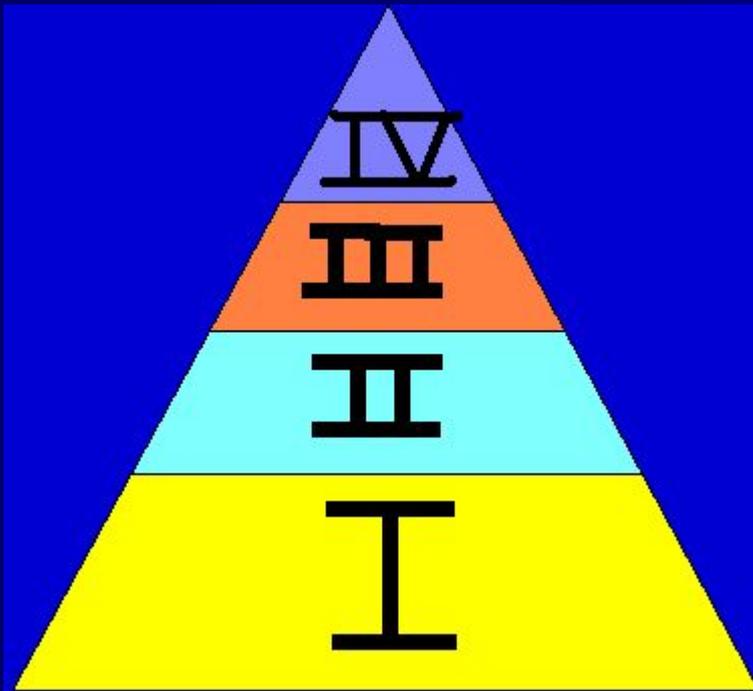
# 3. Биологические факторы

1. Здоровая наследственность
2. Отсутствие возрастнo – половых особенностей, способствующих развитию заболеваний

## 4. Медицинская помощь

1. Высокий уровень медицинского обслуживания

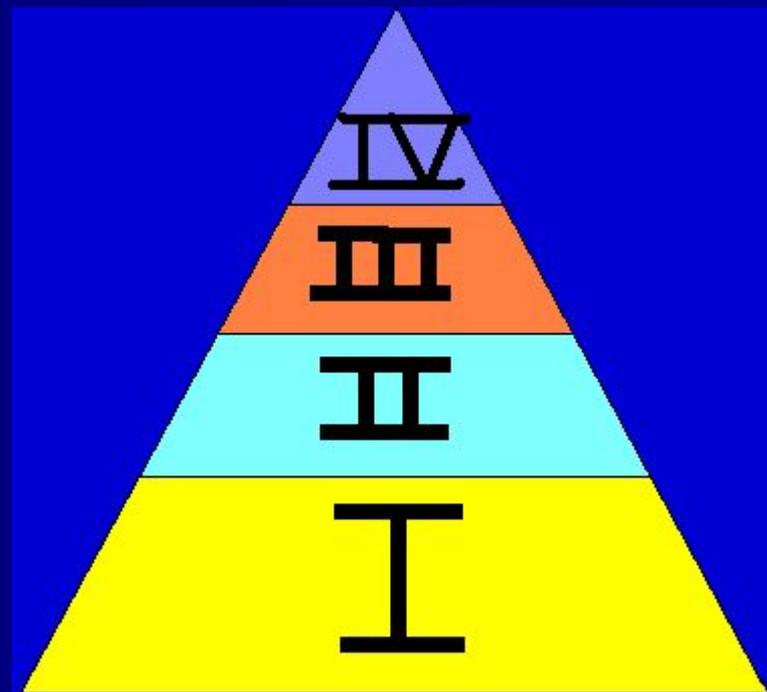
# Причина смертности в развитых странах



- I. Сердечно –  
сосудистые  
заболевания
- II. Онкология
- III. Сахарный  
диабет
- IV. Остеопороз

# Причина смертности в РФ (Новосибирская область)

- I. Сердечно –  
сосудистые  
заболевания
- II. Внезапная  
смерть от  
несчастных  
случаев
- III. Онкология
- IV. Сахарный  
диабет



По количеству **инфарктов и инсультов** Новосибирск И Новосибирская область занимают **первое место** в России и мире.

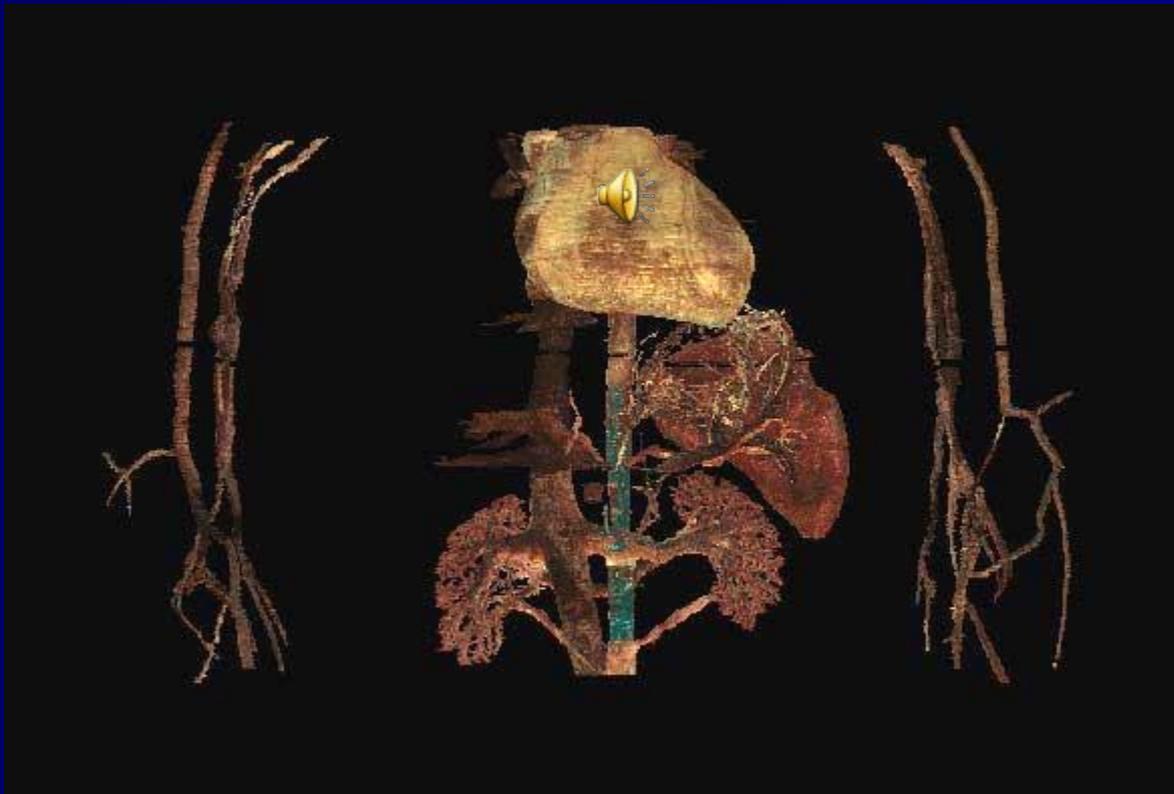


# *Основные неинфекционные заболевания:*

- Артериальная гипертония
- Инфаркты и инсульты
- Сахарный диабет
- Остеопороз

# Артериальная гипертония

**Артериальная гипертония** – самое распространенное хроническое заболевание сердечно – сосудистой системы среди взрослого населения. Заболевание характеризуется периодическим или стойким повышением артериального давления (АД)



Оптимальное АД – давление не более 120/80 мм.рт.ст.

Нормальное АД – давление меньше 130/85 мм. рт. ст.

Пограничным считается уровень систолического давления 130-139 мм.рт.ст., диастолического – 85-89 мм.рт.ст.

Артериальное давление **выше 140/90** считается **артериальной гипертонией**.



**Повышенное давление** – один из факторов риска развития сердечно – сосудистых заболеваний. В России отмечается **рост смертности от ишемической болезни сердца и инсультов мозга, которые являются основными осложнениями артериальной гипертонии.** В структуре причин смертности населения на долю болезней сердца и сосудов в 2005 году приходилось **56,7 %.**



*Заболевание длительное время может протекать практически бессимптомно.* Организм постепенно адаптируется к высоким цифрам АД, и самочувствие больного человека может оставаться хорошим. Различные жалобы: головные боли, шум в ушах, головокружение, боли в сердце и другие признаки появляются обычно тогда, когда болезнь уже сформировалась. **Не измеряя артериального давления, невозможно определить заболевание!**



*При артериальной гипертонии происходит повреждение ряда органов (органов - мишеней), а именно, сердца, головного мозга, глаз, почек. При длительно текущем заболевании даже при отсутствии жалоб больного могут произойти сосудистые катастрофы: инсульты, ишемическая болезнь сердца (стенокардия), инфаркт миокарда.*

# *Предрасполагающие факторы развития артериальной гипертонии:*

- Чрезмерное употребление с пищей **поваренной соли**;
- **Курение** (одна сигарета способна вызвать подъем кровяного давления до 30 мм.рт.ст.);
- **Малоподвижный образ жизни**;
- **ожирение** (каждый лишний килограмм веса повышает давление примерно на 1-3 мм.рт.ст.);
- **Употребление алкоголя** (лица, систематически употребляющие спиртные напитки, страдают артериальной гипертонией более чем в 2 раза чаще, чем непьющие);
- **стресс** (происходит выброс в кровь большого количества адреналина – резко повышается АД).

*Повышению давления способствует множество факторов, но большинство из них можно изменить. Правильная диета и изменение образа жизни могут предотвратить развитие гипертонии. **Возьмите на вооружение следующие советы:***

- Регулярно проверяйте артериальное давление.
- Постарайтесь ограничить употребление соли. При приготовлении пищи заменяйте соль приправами и специями, не досаливайте еду в тарелке уже за столом. Лучше не употребляйте соленые продукты: чипсы, соленые сухарики, соленые орешки, соевый соус, копчености, консервированные продукты.
- старайтесь следить за весом.
- больше ешьте фруктов и овощей.
- постарайтесь совсем отказаться от алкоголя.
- бросьте курить.
- старайтесь больше заниматься физическими упражнениями.
- избегайте стресса и учитесь расслабляться.

# Инфаркты и инсульты.

Инфаркт миокарда, как и ишемический инсульт - неотложные состояния в клинической практике все еще занимающие первое место по летальным исходам. Одной из наиболее *частых причин возникновения этих неотложных состояний являются нарушения свертывающей системы крови, как тромбофилического, так и геморрагического характера.* К наиболее часто встречающимся нарушениям относятся приобретенные и генетические формы тромбофилии, а именно антифосфолипидный синдром, мутации в генах метилентетрагидрофолатредуктазы, протромбина и мутация FVLeiden. Такие известные факторы риска как оперативное вмешательство, беременность, ожирение, курение, стресс на фоне генетических и приобретенных форм тромбофилии, а также их сочетания являются провоцирующими факторами неотложных состояний.

[содержание](#)

**Инфаркт миокарда** - это некроз (гибель) сердечной мышцы, обусловленный острым нарушением коронарного кровообращения в результате несоответствия между потребностью сердечной мышцы в кислороде и его доставкой к сердцу.

За последние 20 лет смертность от **инфаркта миокарда** у мужчин возросла на 60%. Инфаркт значительно помолодел. Сейчас уже не редкость увидеть этот диагноз у тридцатилетних. Пока он щадит женщин до 50 лет, однако потом заболеваемость инфарктом у женщин сравнивается с заболеваемостью у мужчин. **Инфаркт** является и одной из основных причин инвалидности, а смертность среди всех заболевших составляет 10-12%.

В 95% случаев острого **инфаркта миокарда** его причиной бывает *тромбоз коронарной артерии в области атеросклеротической бляшки*. При разрыве атеросклеротической бляшки, ее эрозии (образовании язвы на поверхности бляшки), трещине внутренней оболочки сосуда под ней к месту повреждения прилипают тромбоциты и другие клетки крови. Формируется так называемая «тромбоцитарная пробка». Она уплотняется и быстро растет в объеме и в конце концов перекрывает просвет артерии. Это называется окклюзией. Запаса кислорода клеткам сердечной мышцы, которые питала перекрытая артерия хватит на 10 секунд. Еще около 30 минут сердечная мышца остается жизнеспособной. Потом начинается процесс необратимых изменений сердечной мышцы и к третьему-шестому часу от начала окклюзии мышца сердца на этом участке погибает.

# Выделяют пять периодов развития инфаркта миокарда:

1. Прединфарктный период. Длится он от нескольких минут до 1,5 месяцев. Обычно в этот период учащаются приступы нестабильной стенокардии, увеличивается их интенсивность. Если вовремя начать лечение, инфаркта можно избежать.
2. Острейший период. Часто возникает внезапно. В этот период формируется вариант течения инфаркта.
3. Следующий период называют острым. Он длится приблизительно 10 дней. В этот период окончательно формируется зона погибшей сердечной мышцы и на месте некроза начинает образовываться рубец. В этот период может повышаться температура тела.
4. Около 8 недель продолжается следующий период – подострый. За это время полностью формируется и уплотняется рубец.
5. Далее в течение 6 месяцев длится постинфарктный период, в течение которого должна произойти стабилизация состояния больного. В этом же периоде возможен повторный инфаркт миокарда, возникновение стенокардии напряжения или сердечная недостаточность.

## *Диагноз устанавливается по наличию трех критериев:*

- типичный болевой синдром
- изменения на электрокардиограмме
- изменения показателей биохимического анализа крови, говорящие о повреждении клеток мышцы сердца



# **Как предотвратить сердечно-сосудистые катастрофы?**

Процент людей, погибающих от болезней системы кровообращения, в России в 3 - 4 раза больше, чем в развитых странах. Можно ли справиться с этой бедой? На вопросы отвечает известный кардиолог, директор Государственного научного центра профилактической медицины Минздрава РФ академик РАМН Рафаэль ОГАНОВ.

## -В чем главная причина сердечно-сосудистых катастроф?

- Безусловно, огромную роль играют *социально-экономические процессы*. Смотрите: антиалкогольная кампания 1985 года сразу вызвала снижение смертности. Потом начались болезненные для населения реформы - резкое увеличение. На фоне постепенного приспособления к новым условиям жизни - спад. Дефолт 1998-го – и снова скачок. Причем умирают люди в трудоспособном возрасте именно они испытывают максимальные стрессы в связи с социальными катаклизмами - остаются без работы, теряют в зарплате...

Но и без этих катаклизмов российская ситуация была неблагоприятной. Хотя во всем мире основная причина смертей - сердечно-сосудистые заболевания, последние 30 лет в развитых странах наблюдается тенденция к снижению этой смертности. В России же - устойчивый рост. Сказывается и *низкий уровень жизни*, и *недостаток квалифицированной помощи*, и *невысокая медицинская культура людей*.

**Более трети нашего населения** - гипертоники, причем большинство даже не подозревает о своей болезни. Именно из-за гипертонии происходит **80 процентов инсультов и 40 процентов инфарктов**. Конечно, существует генетическая предрасположенность к повышенному давлению, много зависит и от уровня благосостояния, но огромную роль играет образ жизни.

Есть ведь общедоступные способы снижения опасности сердечно-сосудистых заболеваний. Прежде всего **нужно ограничить потребление соли**: средний москвич съедает ее 12 - 15 грамм в сутки вместо безопасных 5 - 6 грамм. **Второй фактор риска – избыточный вес**: чем он выше, тем больше шансов получить гипертонию. **Третья опасность - злоупотребление алкоголем** (безвредная суточная доза -до 30 грамм в пересчете на чистый спирт, все, что выше, увеличивает вероятность ишемической болезни сердца). О **вреде курения** много сказано, да и все остальное хорошо известно: **сохранить сердце здоровым помогают физическая активность, включение в меню продуктов, богатых калием...**

# **-Для качественного питания и занятий физкультурой нужны деньги...**

-Как раз здесь больших денег не надо. **Калий** содержится не только в дорогих бананах, но и, скажем, **в картошке, красном перце.**

То же - с физкультурой. Часто приходится слышать: бассейн -дорого, фитнес-центр - еще дороже... А **для поддержания здоровья** не нужно никаких бассейнов, **достаточно ходить пешком не меньше 40 минут в день.**



# Диета при заболеваниях сердечно–сосудистой системы:

- хлеб пшеничный из муки 1 и 2 сорта, отрубной хлеб вчерашней выпечки
- супы, преимущественно вегетарианские
- мясо, птица – нежирные сорта говядины, курицы, индейки в отварном виде куском, запеченные после отваривания
- рыба – нежирные сорта – вареная или обжаренная после отваривания, рубленая в виде тефтелей, котлет, фрикаделей
- молоко и молочные продукты – молоко в нат. виде, кисломолочные продукты, нежирный творог и изделия из него
- яйца – 1 яйцо в день в смятку или в виде парового белкового омлета
- крупы – каши на воде или молоке, пудинги
- овощи в любом виде. **Исключают бобовые, редьку, квашеные, маринованные и соленые овощи**

# Сахарный диабет.

Сахарный диабет – это хроническая гипергликемия, которая развивается под действием многих генетических экзогенных факторов, дополняющих друг друга.

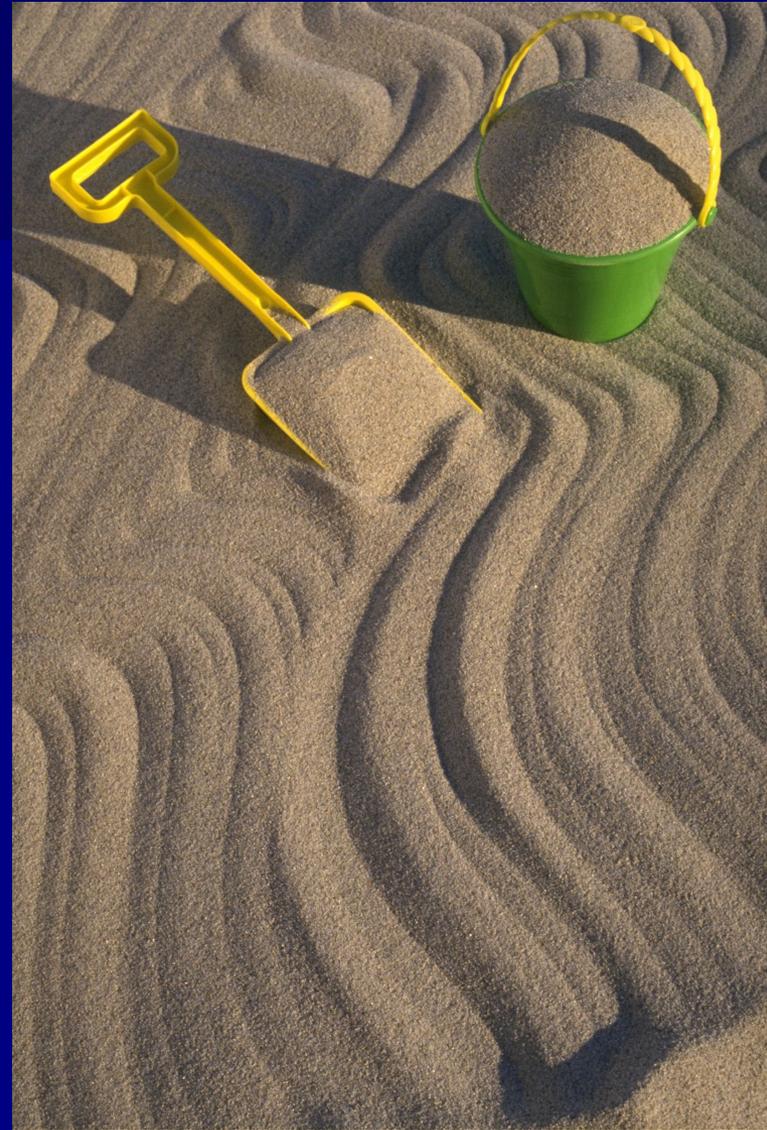
Гипергликемия обусловлена либо недостатком инсулина, либо избытком факторов, которые противодействуют его активности.



Сахарный диабет - болезнь, при которой в крови повышен уровень сахара, что вызывает большую часть симптомов этого заболевания. Он делится на два типа. Сахарный диабет **1-го** типа связан с нехваткой инсулина - гормона, который вырабатывается особыми клетками поджелудочной железы. Это так называемый инсулин-зависимый сахарный диабет. Инсулин нужен для того, чтобы сахар, растворенный в крови, мог проникать внутрь клеток. Когда инсулина не хватает, в крови резко повышается концентрация сахара (глюкозы), что и приводит к основным нарушениям. Сахарный диабет **2-го типа (инсулин-независимый)** характеризуется тем, что при нем инсулина вырабатывается почти достаточно, но клетки к нему нечувствительны. В результате сахар не может проникать внутрь клеток, так как инсулин не оказывает своего эффекта.



**Сахарный диабет 1-го типа** чаще начинается в детском или молодом возрасте. Начало заболевания в подавляющем большинстве случаев резкое, как бы на фоне полного здоровья. Ребенок становится вялым, у него могут отмечаться симптомы кишечного расстройства (тошнота, рвота), постоянно жалуется на жажду (и при этом много и часто мочится). В течение нескольких дней эта симптоматика усиливается, и если вовремя не заподозрить причину этих жалоб, то наступает нарушение сознания (сначала резкая заторможенность, когда ребенка можно растормошить, он вступает в разговор, но тут же засыпает обратно, а потом - кома - стойкое нарушение сознания, когда человек не реагирует ни на какие раздражители).



**Сахарный диабет 2-го** типа свойственен взрослым людям, начинается постепенно, симптомы те же, но они появляются не все сразу и длятся подолгу, прежде чем присоединяются осложнения. Для диабета обоих типов характерны следующие симптомы: **жажда, частые и обильные мочеиспускания, кожный зуд**. Нередко больные страдают частыми гнойничковыми заболеваниями кожи и слизистых оболочек. **Характерны слабость, повышенная утомляемость**. Если диагноз не поставлен вовремя, то уровень сахара постепенно становится таким высоким, что резко нарушается обмен веществ, **в крови накапливаются токсические продукты обмена и может наступить выраженное ухудшение состояния вплоть до комы**. Кроме того, диабет оказывает влияние практически на все органы человека.

Одно из основных осложнений - атеросклероз.

**Последствия сахарного  
диабета:** Рост атеросклеротических бляшек в артериях  
мозга приводит к нарушениям мозгового

кровообращения Рост атеросклеротических бляшек в артериях мозга приводит к нарушениям мозгового кровообращения, в артериях сердца - к ишемической болезни сердца Рост атеросклеротических бляшек в артериях мозга приводит к нарушениям мозгового кровообращения, в артериях сердца - к ишемической болезни сердца, в артериях почек - к почечной артериальной гипертонии, в артериях ног - к тяжелым расстройствам кровообращения вплоть до гангрены. Кроме того, диабет влияет и на самые мелкие артерии, что приводит к слепоте в случае расстройства циркуляции крови в глазу, к почечной недостаточности - при поражении мелких артерий почек. Нарушение обмена

# ***Сахарный диабет. Диагностика***

Манифестный или явный сахарный диабет имеет четко очерченную клинику: полидипсия, полиурия, похудание. В крови, при ее исследовании, отмечается повышение содержания глюкозы, в моче – глюкозурия и ацетоурия. Если симптомы хронической гипергликемии не проявляются, но при исследовании сахара крови случайно обнаруживается повышение содержания глюкозы, в данном случае для подтверждения диагноза или исключения сахарного диабета проводят тест на толерантность к глюкозе.

**Диагноз и лечение.** Сахарный диабет выявляется либо при обычном анализе мочи или крови, либо при появлении характерных симптомов по мере прогрессирования болезни. Медицинский диагноз устанавливают при обнаружении патологически высокого уровня сахара в крови натощак и после приема раствора глюкозы (тест на толерантность к глюкозе).

Лечение предусматривает диету и физические нагрузки, а также введение инсулина или веществ, повышающих эффективность собственного инсулина организма. До открытия инсулина, которое было сделано в 1921, диета являлась единственным методом лечения. Но и при использовании инсулина диета имеет важнейшее значение, так как нужно ограничить потребление больными углеводов и высококалорийной пищи.

При диабете I типа инсулин необходим; в большинстве случаев диабета II типа он не требуется, т.к. уровень инсулина в крови достаточен, но снижено число его клеточных рецепторов. Показано, что избавление от лишнего веса, как и физические нагрузки, приводит к увеличению числа рецепторов на поверхности клеток. Поэтому в очень многих случаях развития диабета можно было бы избежать, предотвращая ожирение, и иногда достаточно лишь похудеть, чтобы избавиться от диабета II типа.

Когда с помощью одной только диеты не удастся в достаточной степени снизить уровень глюкозы в крови при диабете II типа, назначают внутрь препараты сульфонилмочевины, поскольку они обладают гипогликемическим действием (снижают содержание глюкозы в крови). Если и в этом случае уровень глюкозы в крови остается повышенным, прибегают к инъекциям инсулина (формы инсулина для приема внутрь не существует).

# **Психологические проблемы пациентов с сахарным диабетом.**

Всемирная Организация здравоохранения определяет *здоровье как взаимосвязь трех составляющих: физического, психического и социального благополучия.* Надо понимать, что возникновение любого хронического заболевания наносит пациенту и его близким сильную психосоциальную травму. Действительно, из-за сахарного диабета пациенты или родители заболевших детей зачастую вынуждены оставить или сменить работу, что в свою очередь может сказаться на финансовом благополучии семьи и ее социальном статусе. Возникающие при этом разногласия между близкими, могут даже разрушить семью.

Статистика говорит, что среди пациентов с сахарным диабетом всего **10-20%** составляют пациенты **с первым** (инсулинозависимым) и **80-90%** - люди **со вторым** (инсулинонезависимым) типом сахарного диабета. **Мужчины и женщины** болеют этим заболеванием поровну (**50 на 50%**). Но если мы посмотрим на статистику **посещаемости школ для пациентов с сахарным диабетом**, то картина получится прямо противоположная: **женщин** среди посетителей школы будет около **75%**, тогда как **мужчин** лишь **25%**. Большая часть мужчин приходит на занятия под влиянием своих жен. Среди тех, кто решил пройти обучение, **90%** составят пациенты и родители детей **с первым типом сахарного диабета** и только **10%** - **пациенты со вторым типом**. Такая статистика понятна, поскольку пациентов с первым типом сахарного диабета и их родственников в начале заболевания достаточно сильно угнетает мысль о необходимости в постоянных инъекциях, что слишком сильно изменяет их привычную жизнь. Поэтому они более активны в своих поисках методов лечения.

*Подведем некоторые итоги и предложим несколько советов или правил, которых должны придерживаться пациенты с сахарным диабетом и их близкие.*

**1.** *Постарайтесь как можно раньше начать обучение.* Это очень важно. Только в школе для пациентов с сахарным диабетом Вы перестанете чувствовать себя одиноким и поймете, что множество людей во всем мире успешно преодолевают те трудности, с которыми столкнулись и Вы.

**2.** *Обучение должны пройти все члены семьи (может быть, и друзья Вашего ребенка).* Это поможет всем Вам продолжать нормальный образ жизни; предотвратит конфликты между родственниками по вопросам выбора методов лечения.

**3.** Не пытайтесь создать пациенту с сахарным диабетом особые условия. Если это ребенок, то он должен посещать свою школу, иметь возможность общаться с друзьями, продолжать занятия музыкой или спортом или другим делом (тем, что ему нравится), которым он занимался до начала болезни. Взрослый тоже может по-прежнему продолжать заниматься любимым делом. Дайте ему понять, что все, что он делает для семьи - очень важно и нужно Вам.

**4.** Если заболевший впал в депрессию и не видит смысла в жизни, то постарайтесь помочь ему найти цель в будущем, для достижения которой важно сохранять хорошее здоровье.

**5.** Помните, что *любые показатели состояния здоровья являются только руководством к действию*, а не поводом для радости или огорчения.

**6.** *Помогите заболевшему ребенку самому взять в руки самоконтроль*, когда он достаточно повзрослеет для этого. Он должен обрести некую жизненную самостоятельность. Научите Вашего ребенка всему тому, что знаете сами. Хотя родителям может казаться, что ребенок еще слишком мал, чтобы самостоятельно заботиться о себе. Не бойтесь, что он сделает ошибку. В самом начале его заболевания Вы наверняка тоже делали массу ошибок. На самом деле он может быть самостоятельным. Вы только должны доверить ему эту самостоятельность.

# Остеопороз

*Остеопороз* - это системное заболевание скелета, которое характеризуется потерей общей костной массы, в связи с чем, кости становятся хрупкими и ломаются даже при небольших нагрузках. Чаще всего встречаются переломы шейки бедра или позвоночника, однако бывают переломы и других частей скелета. *В основном, остеопороз поражает женщин (особенно после менопаузы) и пожилых людей.*

# Что такое остеопороз и насколько он распространен?

**Остеопорозом** называют разрежение костной ткани скелета, когда кости становятся хрупкими, снижается их прочность. По данным мировой статистики, эта болезнь угрожает каждой второй женщине и каждому третьему мужчине старше 50 лет. Известно, что костная масса у человека достигает своего максимума к 25-30-летнему возрасту. После 40 лет она уменьшается со скоростью примерно 1 % в год у мужчин, от 1 до 4 % в год у женщин - это естественный процесс. Однако в силу различных причин (климакс, длительное лечение некоторыми лекарственными препаратами, заболевания и т.д.) снижение костной массы может достигать 5% и более в год. При этом организм теряет способность сдерживать активность костных клеток, которые рассасывают костную ткань. В результате эти клетки выедают (в буквальном смысле!) глубокие лунки и полости в костях, делая их хрупкими. В этом случае развивается **остеопороз**.

## Угрожает ли вам развитие остеопороза?

Возможно, да, если:

- вы женщина;
- вы старше 50 лет;
- ваши родственники страдали **остеопорозом** и имели переломы позвонков, шейки бедра, предплечья; вы перенесли операции удаления яичников, матки или страдаете нарушениями менструального цикла (аменорея, ранняя менопауза);
- у вас хрупкое телосложение;
- вы ведете малоподвижный образ жизни;
- вы длительно принимаете лекарства, которые могут вызвать **остеопороз** (прежде всего глюкокортикостероидные гормоны);
- у вас выявлены заболевания, предрасполагающие к развитию **остеопороза**: ревматические (ревматоидный артрит, системная красная волчанка, болезнь Бехтерева); эндокринные (синдром Иценко-Кушинга, гиперпаратиреоз, гипертиреоз), заболевания желудочно-кишечного тракта с нарушением всасывания, почек (хроническая почечная недостаточность).

# Как распознать остеопороз?

К сожалению, пациенты узнают о болезни очень поздно, поскольку она начинается и протекает, как правило, незаметно для больного, когда у него "среди полного здоровья" происходят переломы. На обычном рентгеновском снимке костей болезнь выявляется очень поздно, когда уже потеряно 30% и более костной массы.

Поэтому для ранней диагностики **остеопороза** проводят специальное денситометрическое ультразвуковое или рентгенологическое исследование или **денситометрию** костной ткани ("денсито" - плотность). Чем меньше плотность кости, тем больше ультразвуковых или рентгеновских лучей проходит через кость и попадает на измерительное устройство. Исследование безболезненно, длится несколько минут. Лучевая нагрузка при этом в несколько раз меньше, чем при обычной рентгенографии. **Денситометрия** позволяет выявить потерю уже 1-2% костной массы и рекомендуется всем женщинам после наступления менопаузы и пожилым людям (хотя бы 1 раз в год) для своевременного распознавания и динамического контроля **остеопороза**.

# Лечить ли остеопороз?

Лечить **остеопороз** следует для профилактики переломов, подчас опасных для жизни. Ведущее место в лечении остеопороза занимают специфические лекарственные средства, замедляющие процесс разрежения костной ткани. Базисным препаратом для лечения **остеопороза** является препарат **Миакальцик**. Препарат обладает двойным эффектом: **сдерживает активность клеток, рассасывающих костную ткань, одновременно способствует образованию новой кости и улучшению ее качества.** Действующее вещество препарата - кальцитонин - способствует увеличению отложения кальция в костной ткани, улучшению ее структуры и повышению ее прочности. Международные исследования последних лет показали, что **лечение Миакальциком больных остеопорозом снижает риск развития переломов: позвоночника на 50%, переломов шейки бедра - почти на 70%!.**

## ***Можно ли в лечении остеопороза обойтись только препаратами кальция?***

Кальций крайне важен для сохранения костной массы. Однако при уже развившемся **остеопорозе** прием только препаратов кальция недостаточно эффективен в отношении предупреждения переломов. Поэтому кальций необходим лишь как дополнительный компонент лечения **остеопороза**.

В настоящее время разработаны препараты кальция, которые гарантируют поступление в организм его необходимого количества.

Целесообразно применение **вместе с** препаратами кальция препараты витамина D.

# Содержание.

- Цели и задачи презентации.
- Что такое здоровье?
- Факторы, влияющие на здоровье
- Причина смертности в развитых странах
- Причина смертности в РФ
- Артериальная гипертония
- Инфаркты и инсульты
- Диета при заболеваниях сердечно –  
сосудистой системы
- Сахарный диабет
- Остеопороз

# Источники.

1. Интернет
2. Справочник врача общей практики.  
Под ред. Н.Р. Палеева, М., 2002