

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления»
(ВСГУТУ)
Министерство социальной защиты населения Республики Бурятия

ФОРМЫ И МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В РАЗЛИЧНЫХ СФЕРАХ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

FORMS AND METHODS OF SOCIAL WORK IN DIFFERENT SPHERES OF LIFE

Материалы

V Международной научно-практической конференции,
посвященной 25-летию социальной работы в России

8-9 декабря 2016 г.

Улан-Удэ
Издательство ВСГУТУ
2016

Принцип преемственности в воспитании как на уровне поколений, так и на уровне системы образования, указывает на непрерывность процесса воспитания, на необходимость личностного присвоения (интериоризации) воспитанниками культурно-исторических ценностей [1, 5].

Для достижения поставленной цели необходимо использовать различные виды, формы и направления социально-педагогической деятельности.

В процессе обучения студентов медицинских ВУЗов использования таких направлений как профилактика, волонтерство, консультирование, реабилитация, работа с семьей, с детьми, конфессиями, работа с различными группами населения является наиболее эффективной для подготовки профессиональных кадров медицины.

Список литературы:

1. Мардахаев Л. В. Социальная педагогика. М., 2006.
2. Писарев В.Е., Писарева Т.Е., Теория педагогики – Воронеж: Издательство «Кварт», 2009. С.612
3. Социальная педагогика. Монография / Под ред. В. Г. Бочаровой. М., 2004.
4. Социально-педагогические технологии в деятельности образовательного учреждения. Учеб. пособие для студ. вузов по специальностям «Социальная педагогика», «Социальная работа» / Под ред. В. С. Торохтия. М., 2007.
5. Торохтий В. С. Социальная педагогика и социально-педагогическая деятельность: взаимосвязи и взаимозависимости // Материалы Всероссийского конгресса социальных педагогов с международным участием 18-21 марта 2009 г. / Урал. гос. пед. ун-т; под ред. М. А. Галагузовой: В 4-х ч. Ч. 1. Екатеринбург, 2009.

УДК 616-008.9-085-036.82-053.61.81

Азарков С.Ф., Толстикова Е.А.

Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины, г. Днепр, Украина

ВОПРОСЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ И ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

В статье рассматриваются вопросы немедикаментозной терапии и реабилитации подростков и лиц молодого возраста с метаболическим синдромом, определяется значение социальных аспектов медицинской помощи данной категории населения.

Ключевые слова: немедикаментозное лечение, реабилитация, метаболический синдром, подростки, лица молодого возраста.

Aharkov S.F., Tolstikova E.A.

Dnepropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine, Dnepr, Ukraine

ISSUES OF NON-PHARMACOLOGICAL TREATMENT AND REHABILITATION OF ADOLESCENTS AND YOUNG PERSONS WITH METABOLIC SYNDROME

The article deals with the non-pharmacological treatment and rehabilitation of adolescents and young adults with metabolic syndrome, defined by the value of the social aspects of health care in this category of the population.

Keywords: non-pharmacological treatment, rehabilitation, metabolic syndrome, adolescents, young persons.

Метаболический синдром (МС) определяют как комплекс обменно-гормональных заболеваний, включающий ожирение, инсулинорезистентность, артериальную гипертензию (АГ), атерогенную дислипидемию, нарушение углеводного обмена или сахарный диабет (СД), стеатогепатит [1].

Важнейшей задачей лечения и профилактики МС у подростков и лиц молодого возраста является предотвращение или максимально возможное снижение риска развития сердечно-сосудистой патологии, нарушений углеводного обмена и других компонентов МС [2].

Необходимо подчеркнуть, что МС – обратимое состояние, при котором достижимо уменьшение выраженности основных проявлений [2].

К методам коррекции метаболических нарушений относятся немедикаментозные и медикаментозные. Немедикаментозные методы включают диетотерапию, физические нагрузки, отказ от курения, гармонизацию образа жизни, нормализацию режима «сон-бодрствование».

Повышение физической активности остается первым и наиболее эффективным методом воздействия при МС. Уровень физической нагрузки является модифицируемым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, СД, ожирения, АГ. Увеличение физической активности как метод воздействия при правильном подборе интенсивности и вида нагрузки практически не имеет противопоказаний и побочных эффектов. Регулярные физические нагрузки приводят к снижению инсулинорезистентности, даже если не сопровождаются снижением индекса массы тела. Это происходит за счет увеличения утилизации глюкозы мышечной тканью, сохраняющейся на более высоком уровне в течение 48 часов после физической нагрузки. Кардиопротективный эффект физической нагрузки развивается при выполнении физических упражнений по 30 мин 3-4 раза в неделю в щадящем режиме. Рекомендуется плавание, спортивная ходьба, велопрогулки. Первоначально длительность тренировки должна составлять 10-15 минут, затем продолжительность постепенно увеличивают, доводя до максимума – 40-70 минут в день. Интенсивная физическая нагрузка приводит к улучшению изменений при МС лабораторных показателей (липидограмма, адипоцитокينات, холестерин, гликозилированный гемоглобин и др.), что, как правило, сопровождается уменьшением выраженности центрального ожирения. Физические нагрузки должны хорошо переноситься пациентами, прежде всего, эмоционально. Уровень допустимой нагрузки должен быть предварительно определен под контролем мониторинга артериального давления (АД), ЭКГ, ЭХО-КГ. Наиболее доступным и эффективным способом повысить физическую активность является ходьба, причем важен не ее темп, а пройденное расстояние. Рекомендуется 3-5 раз в неделю совершать пешие прогулки в темпе, позволяющем достичь частоты сердечных сокращений до 60-70% от максимально допустимой для данной возрастной группы.

Важнейшим звеном профилактики, лечения и реабилитации МС у подростков и лиц молодого возраста является диетотерапия. Необходимо снижение калорийности рациона в среднем до 1700 ккал/сут. Для индивидуального расчета калорийности определяют суточную потребность в энергии, а затем вычитают из полученной величины 300-600 ккал.

При АГ показано ограничение в рационе поваренной соли до 3-8 г/сут, снижение потребления продуктов, богатых холестерином. С учетом рекомендаций ВОЗ, потребление холестерина при наличии гиперхолестеринемии не должно превышать 300 мг/сут. Необходимо достаточное потребление белка (около 75-100 г/сут или 20-30% от общей калорийности рациона). Диета должна содержать 55-60% углеводов с высоким содержанием клетчатки и исключением моносахаридов (сахар, кондитерские изделия). Важно увеличение содержания в рационе пищевых волокон (до 30-50 г/сут) и продуктов, богатых клетчаткой. Необходимо употребление омега-3-кислот в составе оливкового и рапсового масел, доля которых в общей калорийности рациона должна составлять 1-2%. На долю жиров должно приходиться не более 30% от общего числа калорий (10% - животные, 20% - растительные). Исключают из рациона так называемые «быстрые» углеводы и жиры. Категорически запрещено употреблять маргарин («легкий» жир). Рекомендуется так называемая «средиземноморская диета»: морская рыба, фрукты, овощи в большом количестве, морепродукты, макароны из твердых сортов пшеницы, нежирные молочные продукты, молоко, хлеб из муки грубого помола, кисломолочные продукты с минимальным процентом жирности. Рекомендуются продукты с большим содержанием магния: орехи, бобовые, сухофрукты в умеренном количестве. Лучше всего готовить пищу на пару, запекать в духовке, можно использовать гриль. Порции должны быть небольшими, рекомендуется 5-6 приемов пищи в день [3].

Так как в генезе ожирения существенную роль играют нарушения пищевого поведения, очень важно своевременно выявлять их признаки и при необходимости оказывать пациенту психотерапевтическую помощь. У подростков, привыкших к перееданию,

целесообразно снижать калорийность рациона постепенно. Голодание, а также очень низкокалорийные диеты (ниже 1200 ккал/сут) не должны использоваться, так как приводят к развитию ряда неблагоприятных последствий: плохая переносимость, гипогликемические состояния, увеличение веса после отмены диеты, усугубление стеатогепатита, при значительном снижении калорийности - увеличение инсулинорезистентности.

Поскольку неправильное пищевое поведение формируется в течение длительного времени, стереотип приема пищи меняется, как правило, постепенно. Ведение пациентом дневника питания с регистрацией режима, количества и наименования пищевых продуктов является важным фактором, способствующим изменению пищевого поведения, позволяет врачу оценить пищевые привычки и количество реально потребляемой пациентом пищи. Следует подчеркнуть, что резкое уменьшение массы тела является крайне неблагоприятным. Начальная цель похудения - снижение на 10% от исходного веса за 2-3 месяца. Оптимальным в лечении ожирения считается снижение веса на 2-4 кг в месяц.

Влияние факторов немедикаментозного воздействия на инсулинорезистентность и развитие компонентов метаболического синдрома представлены в таблице.

Влияние немедикаментозного лечения на основные компоненты МС у подростков

Метод	Вес	АД	Триглицериды	Общий холестерин	ХС ЛПВП	ИР	Риск сердечно-сосудистых заболеваний
Диетотерапия	↓	↓	↓	↓	↑	↓	↓
Физическая нагрузка	↓	↓	↓	↓	↑	↓	↓ на 50 %

ТГ – триглицериды, ХС ЛПВП – холестерин липопротеидов высокой плотности, ИР – инсулинорезистентность

Реабилитационная поведенческая терапия в основном проводится в индивидуальном порядке или в маленьких группах в течение 6 месяцев еженедельно. Ключевыми ее чертами являются: установка цели и советы по диете, самонаблюдение – с заполнением пациентом пищевого дневника, контроль за стимулами, когнитивное реструктурирование – осознанное поведение в приеме пищи и диетических привычках, профилактика рецидивов.

Таким образом, немедикаментозные методы лечения и последующая реабилитация подростков и лиц молодого возраста с МС оказывают значительное положительное влияние на снижение риска развития сердечно-сосудистой патологии, нарушений углеводного обмена и других компонентов МС.

Список литературы:

1. Е. Толстикова Метаболический синдром у детей и подростков. - 3 турботою про дитину. – Київ, 2015, №4 (54), с. 12-15.
2. Е. Толстикова Метаболический синдром у детей и подростков (часть 2). - 3 турботою про дитину. – Київ, 2016, №1 (55), с. 18-25.
3. Эндокринология детского возраста: учебное пособие / [Е.В.Прохоров, Е.А.Толстикова, И.М.Островский] [и др.]; под общ. ред. Е.В.Прохорова. – 2-е изд., испр. и доп. – Донецк, 2012. – 181 с.

УДК. 616.12-008.46; 616.146.2

Азимов Э. Т., Жаббаров Н.И.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

СОСТОЯНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Перспективный анализ показывает, что во многих случаях дисфункция почек является параллельной патологией при ХСН, которое ухудшает прогноз заболевания и требует особого внимания в лечении.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек, кардиоренальный синдром.

Azimov Elyor Tuymuratovich, Jabbarov Navruz Ikramovich

STATE OF RENAL HEMODYNAMICS AND KIDNEY FUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Prospective analysis shows that in many cases, kidney dysfunction is parallel pathology in CHF, which worsens the prognosis of the disease and requires special attention in the correct treatment.

Key words: Chronic heart failure, chronic kidney disease, cardiorenal syndrome.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из наиболее важных медико-социальных проблем. Актуальность этой темы обусловлена прогрессирующим и прогнозически неблагоприятным течением ХСН, её высокой распространенностью среди населения [1] и постоянно увеличивающимися финансовыми расходами на лечение больных.

Распространенность этого заболевания увеличивается с возрастом и достигает 10–20% у лиц в возрасте 70–80 лет [2]. В будущем в связи со старением популяции и увеличением выживаемости больных с различной сердечно-сосудистой патологией ожидается, что количество больных с ХСН еще более возрастет.

Прогноз у больных с ХСН крайне неблагоприятный. По международным данным, смертность среди них в 4–8 раз выше, чем в общей популяции соответствующего возраста, и сравнима или даже превосходит смертность от таких онкологических заболеваний, как рак молочной и предстательной железы, колоректальный рак [3]. У больных с ХСН IV ФК NYHA смертность в течении полугодия достигает 44%. При не тяжелой ХСН в течение 4 лет с момента постановки диагноза живет лишь половина больных [4].

В последние годы было показано, что к значительному ухудшению прогноза при ХСН считается нарушения функции почек, которое приводит к повышению концентрации креатинина в сыворотке крови и снижению скорости клубочковой фильтрации (СКФ) [5]. Нарушения функции почек являются важным фактором риска развития прогрессирования ХСН. Результаты эпидемиологических и популяционных исследований свидетельствуют о том, что даже самые ранние субклинические нарушения функции почек приводит к резкому ухудшению состояния пациентов с ХСН [6].

Назначение адекватной терапии способно снизить риск развития сердечно-сосудистых и почечных осложнений, замедлить прогрессирование нарушения функции почек. В настоящее время продолжаются исследования взаимосвязи между состоянием почечного кровотока и показателей сердечной гемодинамики при ХСН, которое считается важным для определения прогноза.

Цель исследования: Целью нашего исследования было изучить изменения функционального состояния почек и почечной гемодинамики, их взаимосвязь с выраженностью клинической симптоматики у больных с ХСН.

Материал и методы. Обследовано 20 пациентов (11 мужчины и 9 женщин) с клиническими проявлениями ХСН, находившихся на стационарном лечении в отделениях кардиологии и кардиореабилитации 3-клиники ТМА, в возрасте 51 - 83 лет, средний возраст - 66,8 ± 9,8 лет. Из исследования были исключены больные с острой сердечной недостаточностью, острым инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией, идиопатической кардиомиопатией, перикардитами, ревматическими пороками сердца, миокардитами. Всем больным были проведены общепринятые методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, ЭКГ, ЭхоКГ, дуплексного сканирования почечных артерий). Диагностику и оценку ХСН проводили согласно с Национальными Рекомендациями ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (2012). Клубочковую фильтрацию рассчитывали по формуле Cockcroft–Gault. Согласно NKF Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease (2002). Эхокардиография проводилась в В- и М-режимах импульсным датчиком 2,5-3,5 МГц, измерения проводили согласно рекомендациям американского эхокардиографического общества. Почечную гемодинамику оценивали с помощью ДСПА конвексным датчиком с частотой 2,5-5,0 МГц с полипозиционным положением больного.