

Нижче наведемо ще декілька відомих висловлювань, використання яких ми часто застосовували в процесі навчання, що сприяло формуванню валеологічної свідомості учнів:

„Той, хто помірковано і своєчасно займається фізичними вправами, не потребує ніякого лікування” (Авіцена).

„Рух може за своєю дією замінити будь-який засіб, але всі лікувальні засоби світу не можуть замінити руху” (Французький лікар Тіссо).

„Рух — це життя, а людина може уникнути багатьох хвороб, регулярно займаючись фізичними вправами, працею та дотримуючись поміркованості в їжі” (Вольтер).

”Для збереження здоров’я, а особливо для профілактики хвороб немає краще вправ тілесних або рухів” (М.Я. Мудрів).

Висновки.

У запропонованій технології використання інтерактивного методу *„Цитати про здоров’я”* органічно інтегруються мотиваційні процеси щодо знань про здоровий спосіб життя з розумовим розвитком дітей та їх руховою активністю.

За змістом і формою організації метод достатньо лаконічний, виразний і доступний. Його використання сприяє розширенню кругозору знань щодо історичних і філософських поглядів видатних мислителів та сучасних вчених про ефективність впливу рухової активності на здоров’я людини, уточненню уявлень про навколишній світ, про себе, про організм людини, стан її здоров’я.

Перспективною подальших досліджень у даному напрямку слід вважати удосконалення існуючих та розробку і впровадження нових рекреаційних форм організації оздоровчої фізичної культури, насамперед з використанням інтерактивних методів навчання і виховання.

Література

1. Амосов Н.М. Раздумья о здоровье. — М.: Физкультура и спорт, 1987. — 64 с.
2. Апанасенко Г.Л. Валеология: первые итоги и ближайшие перспективы // Теория и практика физической культуры. 2001. - № 6. - С. 3 - 5.
3. Бех І.Д. Виховання особистості: У 2-х кн. Кн. 1 // Особистісне орієнтований підхід: теоретико-технологічні засади: Наук. видання. — К.: Либідь, 2003. — 280 с.
4. Бехтерев В.М. Вопросы воспитания в возрасте первого детства. М., 1969. — С. 5-8.
5. Булич Э.Г. Современные достижения науки о здоровье // Теория и практика физической культуры. — 2004. - № 1. — С. 62 — 63.
6. Григоренко В.Г., Пристинский В.Н. Психолого-педагогические и медико-биологические факторы оптимизации физического воспитания школьников и студентов: Учебное пособие. — Славянск: СГПИ, 2001. — 89 с.
7. Деминська Л.О. Оздоровча фізична культура в системі загальноосвітньої школи // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: наукова монографія за ред. проф. Єрмакова С.С. — Харків: ХДАДМ (ХХІІ), 2006. № 10. — С. 90 — 92.
8. Деминский А.Ц. Основы теории физической культуры. — Донецк, 1996. — 324 с.
9. История философии: Энциклопедия. — Мн.: Интерпрес-сервис; Книжный дом, 2002. — 1376 с.
10. Макущенко І.В., Пристинський В.М., Пристинська Т.М., Новиков В.А. Інваспорт як напрямок розвитку руху «Спорт

- для всіх» серед осіб з особливими потребами // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: наукова монографія за ред. проф. Єрмакова С.С. — Харків: ХДАДМ (ХХІІ), 2007. - № 5. — С. 216 — 219.
11. Обысов А. А. Гимнастика помогает мышлению // Спортивная жизнь России, 1987. — № 3. — С.25 — 26.
 12. Руссо Ж.-Ж. Эмиль или о воспитании. — М., 1913. — С. 11 — 58.
 13. Сеченов И. М. Рефлексы головного мозга // Избранные философские и психологические произведения. — М.: Просвещение, 1974. — С. 65 - 69.
 14. Ушинский К.Д. Собр. соч. в 10-ти т. М.-Л., 1969. — Т. 8. — С. 151-152.
 15. Ушинский К.Д. Собр. соч. в 10-ти т. М.-Л., 1969. — Т. 10. — С. 516 - 519.

Надійшла до редакції 05.11.2007р.

КЛИНИКО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОБОСНОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ВАРИКОЗНОМ РАСШИРЕНИИ ВЕН У БЕРЕМЕННЫХ

Митюков В. А., Томашевский Н. И.,
Шемякова М. А.*, Симарова А. В.

Горловский филиал Открытого международного
университета развития человека «Украина»

*Донецкий медицинский
университет им. М. Горького

Аннотация. В работе рассмотрены клинико-физиологические обоснования применения методов физической реабилитации при варикозном расширении вен у беременных, особенности патогенеза, связь с анатомо-физиологическим строением вен нижних конечностей. Показана роль реабилитолога в профилактике возможных осложнений беременности, родов и послеродового периода.

Ключевые слова: беременность, варикозное расширение вен нижних конечностей, физическая реабилитация.

Анотация. Митюков В. О., Томашевський М. І., Шемякова М. А., Симарова А. В. Клініко-фізіологічне обґрунтування застосування методів фізичної реабілітації при варикозному розширенні вен у вагітних. В роботі розглянуті клініко-фізіологічні обґрунтування застосування методів фізичної реабілітації при варикозних розширеннях вен у вагітних, особливості патогенезу, зв'язок з анатомо-фізіологічною будовою нижніх кінцівок. Показано, яку роль відіграє реабілітолог в профілактиці вірогідних ускладнень у разі вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Ключові слова: вагітність, варикозне розширення вен нижніх кінцівок, фізична реабілітація.

Annotation. Mitjukov V.A., Tomashevskij N.I., Shemjakova M.A., Simarova A.V. Clinical and physiological substantiations and use of physical rehabilitation methods at varicose veins of the pregnant women. In work are considered clinical and physiological substantiations and use of physical rehabilitation methods at varicose veins of the pregnant women, feature of varicose pathogeny, connection with an anatomic and physiological structure of veins. In work is shown the role of the rehabilitator in prevention of possible complications of pregnancy, birth and the postnatal period.

Key words: pregnancy, varicose veins of the lower extremities, physical rehabilitation.

Введение.

Варикозное расширение вен наблюдается более чем у 50% взрослых людей, преимущественно в возрасте 30-50 лет, более 65% из них — женщины [1]. Роль беременности в развитии варикозного расширения вен изучена недостаточно. Как правило, вари-

козная болезнь у беременных женщин развивается на фоне выраженной слабости соединительной ткани, мышц и стенок самих вен.

Существует гипотеза, согласно которой недостаточность коммуникативных вен является важнейшей причиной варикоза, особенно возникающего во время беременности. Доказано, что при недостаточности клапанов коммуникативных вен, имеющей место во время беременности, возникает рефлюкс, играющий решающую роль в развитии варикоза. В итоге развиваются застойные явления с последующим расширением вен.

За последние годы представления о формировании и развитии варикозной болезни и ее осложнений у беременных, рожениц и родильниц значительно изменились и расширились.

Патогенез варикозного расширения вен тесно связан с анатомо-физиологическими особенностями строения вен нижних конечностей [6]. Венозная сеть нижних конечностей анатомически делится на три системы: подкожную, глубокую и коммуникативную. Работает так называемая мышечно-венозная помпа, состоящая из 4-х насосов: брюшно-кавального, бедренного, голени, стопы [2, 6].

Вены нижних конечностей содержат клапаны, препятствующие обратному току крови из глубоких вен в подкожные. От количества и функционирования клапанов зависит кровообращение в нижних конечностях, нарушаясь при несостоятельности либо при врожденном их отсутствии. Следует напомнить, что существует три типа строения подкожной венозной сети: магистральный, рассыпной и смешанный, в зависимости от преобладания которого можно судить о степени риска развития варикозного расширения вен. Рассыпной занимает первое, смешанный – второе, магистральный – третье место по вероятности возникновения патологии.

Большую роль в формировании заболевания играет наследственность. Женщины выявляют генетическую предрасположенность к варикозной болезни в 3-4 раза чаще, чем мужчины, что связывают с носительством «патологического гена» [2]. Нарушения нервного аппарата сосудистой стенки приводят к дистрофическим изменениям с последующей дегенерацией и релаксацией сосуда [2]. Эндокринная патология также создает предрасполагающую основу к формированию варикозной болезни. Изменения гормонального фона при беременности с преобладанием содержания прогестерона приводят к релаксации венозных сосудов.

Наличие артериовенозных анастомозов объясняет возникновение варикозного расширения вен соединением малых артериальных сосудов с подкожными венами, которые расширяются под влиянием резких повышений внутриартериального давления.

Работа выполнена по плану НИР Донецкого медицинского университета им. М. Горького.

Формулирование целей работы.

Цель работы - клинико-физиологическое обоснование применения методов физической реабили-

литации при варикозном расширении вен у беременных, особенностей патогенеза, связи с анатомо-физиологическим строением вен нижних конечностей.

Результаты исследований.

Одним из важнейших звеньев формирования варикозной болезни у беременных является влияние механических факторов, в основе действия которых лежит частое либо длительное повышение внутрибрюшного давления, приводящее к застою крови и повышению гидростатического и гидродинамического давления в венах нижних конечностей. Сюда же относят все виды окклюзий подвздошных вен опухольными процессами, лимфаденитами, жировыми отложениями, рубцами.

В период гестации повышенная выработка прогестерона вначале желтым телом, а затем плацентой, приводит к релаксации стенок венозных сосудов [2]. Следует упомянуть и о нейтрализации вазопрессина при беременности, что также приводит к расширению сосудов [2]. Выявленное снижение содержания ацетилхолина в венозной крови и увеличение содержания серотонина у беременных с варикозом может обусловить изменения функционального состояния сосудистой стенки (тенденция к артериолоконстрикции и венодилатации) [2].

Следует обратить также внимание на гемодинамические изменения: увеличение ОЦК на 35-40% и венозного давления в 2-3 раза, особенно во II триместре, 20-кратное усиление кровотока в органах малого таза, замедление скорости кровотока в сосудах нижних конечностей, повышение вязкости крови у беременных [2, 4].

Механический фактор, связанный с повышением внутрибрюшного давления ввиду роста беременной матки, усугубляет застойные явления в венах органов малого таза, наружных половых органов, нижних конечностей [2, 7].

Иммунологические механизмы характеризуются сенсибилизацией организма антигенами плода, вследствие чего реакция антиген-антитело ведет к выделению биологически активных веществ (серотонин, гистамин, ацетилхолин и др.) и трансформации сосудистой ткани [3].

Определенную роль играет локализация плаценты: у беременных с первичным варикозным расширением подкожных вен нижних конечностей плацента располагается чаще всего на боковой поверхности среднего отдела матки с переходом на переднюю или заднюю стенку, что способствует образованию множественных венозных сосудов с более выраженным кровотоком, в 15-20 раз превышающим таковой на внеплацентарном участке матки. Кровь оттекает в подвздошные вены соответствующей стороны, приводя к локальной венозной гипертензии, расширению подвздошных сосудов и рефлюксу крови с высокой концентрацией гормонов плаценты в дистальные отделы конечности [2].

Воздействие перечисленных пусковых механизмов при беременности на фоне наличия одного или нескольких предрасполагающих факторов объяс-

няет, почему варикозное расширение вен возникает не у всех беременных женщин [2]. Родоразрешение, приводя к регрессии симптомов варикоза, не освобождает женщину от болезни. Заболевание обязательно прогрессирует, растет риск развития его осложнений пропорционально возрасту и паритету [4].

Выделяют расширение вен первичное (истинное) и вторичное (приобретенное, возникающее вследствие воспалительных процессов, травм, рубцовых деформаций мягких тканей, опухолей, флеботромбозов).

Состояние женщины до беременности в 96% случаев удовлетворительное, заболевание себя не обнаруживает. Беременность способствует появлению первых симптомов болезни, причем наиболее часто патология проявляется при I и II беременностях, в особенности во II-III триместрах, в дальнейшем обязательно прогрессирует.

Осложнения беременности. Высокую частоту возникновения осложнений связывают с имеющимися изменениями кровоснабжения репродуктивных органов: развитием фетоплацентарной недостаточности (по нашим данным в 18% случаев), хронической внутриутробной гипоксии плода – 10%, гестоза – 12%, аномалий прикрепления плаценты 24% и обвития пуповиной – 26% случаев. Сама варикозная болезнь может осложниться тромбозом поверхностных вен (6%), разрывами варикозно рас-

ширенных вен (2%).

Роды часто протекают с аномалиями родовой деятельности (первичная слабость (15%), кровотечениями в послеродовом и раннем послеродовом периодах (18%), несвоевременным излитием околоплодных вод (22-24%), преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (2%).

Послеродовый период может осложняться тромбозом поверхностных и глубоких вен (10%), особенно опасна тромбозом ветвей легочной артерии (0,6%), метрэндомиометритом (7%).

Период отдаленных последствий характеризуется прогрессированием процесса пропорционально количеству беременностей, родов, а также возрасту женщины и развитием в течение 10-15 лет хронической венозной недостаточности.

Обсуждение результатов. В акушерской практике тактику ведения пациенток, страдающих варикозным расширением вен, следует рассматривать отдельно при беременности, в родах и послеродовом периоде в соответствии со стадией заболевания. Ведение беременности предполагает соблюдение общих принципов: проведение медикаментозной терапии и современных методов физической реабилитации.

Можно с уверенностью сказать, что без применения методов физической реабилитации беременным с варикозным расширением вен не спра-

Таблица 1

Классификация варикозной болезни

По наличию осложнений:	1. Неосложненная 2. Осложненная: острым тромбозом поверхностных вен, острым тромбозом глубоких вен, дерматитом, паратравматической экземой, рожей, лимфостазом, аллергическим отеком, трофической язвой
По локализации:	1. Наружный: а) нижних конечностей: варикозное расширение вен в системе большой подкожной вены, малой подкожной вены, в системах обеих подкожных вен; б) наружных половых органов; в) ягодичной области 2. Внутренний (варикоз вен влагалища, матки)
По характеру строения подкожной сети:	1. Магистральный тип 2. Рассыпчатый тип 3. Смешанный тип
По форме:	1. «Мешковидное» 2. «Шнуровидное» 3. «Капиллярное»
По степени нарушения венозного кровотока различают стадии:	1. Компенсации 2. Субкомпенсации 3. Декомпенсации: - отечная форма; - индуративная форма; - дистрофическая (язвенная) форма
По степени хронической венозной недостаточности (ХВН):	ХВН I ст. (видимое варикозное расширение вен, умеренный отек, отсутствие четких клинических симптомов). ХВН II ст. (четко дифференцируемое варикозное расширение, отсутствие гемодинамических и трофических нарушений). ХВН III ст. (наличие значительно варикозно расширенных вен, варикозных узлов, несостоятельность клапанов вен поверхностного, глубокого коллекторов, а также вен-коммуникантов, стойкий отек, трофические нарушения (пигментация, экзема, трофическая язва). ХВН IV ст. (вышеуказанные изменения в сочетании с частыми, стойкими трофическими нарушениями, не поддающимися консервативной терапии).

виться. К полезным советам (из нашего опыта и источников современной литературы) мы рекомендуем прислушаться беременным [2, 3, 5].

Если у вас сидячая работа, ставьте под ноги невысокую скамеечку. Это уменьшает нагрузку на вены ног. Откажитесь от обуви с высокими каблуками, она ограничивает сокращения икроножных мышц и мешает пружинить суставам, при ходьбе в такой обуви кровь в венах застаивается.

При резком повышении температуры вены переполняются кровью, и нагрузка на венозные клапаны возрастает. Поэтому не следует принимать горячие ванны, загорать на солнце. Очень полезны беременным ежедневные прогулки на свежем воздухе медленным шагом в течение 30-45 мин, плавание, аквааэробика. Лучше всего бродить по мелководью вдоль берега моря или озера.

Когда вы сидите, не закидывайте ногу на ногу, чтобы не пережимать сосуды ног и не затруднять кровоток. Во время отдыха каждый раз ноги лучше всего поднять и положить на возвышение (скамеечку, плотную подушку), так чтобы они находились выше уровня сердца.

Лечебной гимнастикой желательно заниматься (при отсутствии противопоказаний) не менее 30 мин ежедневно, и дополнительно выполнять отдельные упражнения в течение дня (чем чаще, тем лучше).

Для беременных с варикозным расширением вен нижних конечностей характерны: неполноценность сосудистой системы с резко выраженными нарушениями гемодинамики в I триместре беременности; флебоэктазией и застоем крови в узлах расширенных вен, склонность к тромбообразованию и болям в нижних конечностях во II триместре беременности; изменения маточно-плацентарного кровообращения с последующим возникновением аномалий прикрепления вплоть до появления и развития преждевременной отслойки плаценты, особенно в III триместре беременности. В связи с этим при проведении специальных комплексов физических упражнений следует увеличить число упражнений, мобилизующих экстракардиальные факторы кровообращения: дыхательные упражнения (ритмичные колебания внутригрудного и внутрибрюшного давления, способствующих устранению венозного стаза в сосудах грудной и брюшной полостей), упражнения для мышц туловища и конечностей, улучшающих периферическое кровообращение; использование «разгрузочных» исходных положений (сидя, лежа, лежа с приподнятыми нижними конечностями), особенно в III триместре беременности. Таким беременным можно рекомендовать плавание в бассейне (обеспечивает тонизирующее влияние воды на кровеносные сосуды и улучшение гемодинамики), пешие прогулки, упражнения с фитболом, формирующие двигательные навыки к предстоящим родам.

Лечебная физкультура и ежедневная ходьба при беременности и варикозном расширении вен улучшает венозный и лимфатический отток и нормализует артериальный приток, улучшает общее

физическое состояние беременной, способствует периферическому кровообращению в ногах.

К наиболее полезным специальным упражнениям при варикозном расширении вен у беременных в I и II триместрах можно отнести: упражнения для нижних конечностей, выполняемые в положении лежа на спине с горизонтальным и приподнятым положением ног, с большой амплитудой движений в тазобедренных и голеностопных суставах; дыхательные упражнения с акцентом на увеличение амплитуды движений диафрагмы; упражнения с сопротивлением для мышц голени и бедра (с использованием резиновых бинтов и лент), и, конечно, ходьба.

После занятий лечебной гимнастикой беременной необходим отдых в положении лежа с приподнятыми ногами. В III триместре беременности лечебную гимнастику рекомендуется проводить в основном лежа, иногда сидя, продолжительность занятий 10-15 мин, используя упражнения, подготавливающие беременную к родам.

При варикозном расширении вен отдельные специалисты предлагают так называемую «венозную ходьбу», которая характеризуется определенной техникой, положением тела, движениями рук и ног, темпом. Она рекомендована женщинам в I и II триместрах беременности, под влиянием которой вены ног значительно разгружаются: вены бедра - на 15-20%, а вены голени и стопы - на 60%.

Специальные эластические чулки, гольфы, носки и колготки, применяемые при варикозном расширении вен у беременных, еще называют «функциональными протезами». Они отчасти берут на себя эластическую функцию вен. Эластичные чулки и колготки повышают эффективность насосной функции мышц ног, улучшают отток крови и лимфы, «поддерживают» вены, что способствует уменьшению застойных явлений в нижних конечностях.

Если варикозные изменения касаются только вен голени (и имеют магистральный и сегментарный характер), то беременным рекомендуется использовать специальные носки и гольфы. В большинстве других случаев целесообразно выбирать с целью профилактики и реабилитации варикозных изменений - эластичные колготки и чулки. Надевать эластические чулки лучше утром, как только вы встали с постели. Перед этим полезно сделать легкий самомассаж: погладить ноги по направлению к паховым лимфатическим узлам (т.е. снизу вверх), но соблюдая следующую последовательность: бедра, голени, стопы. Если вы по какой-то причине надеваете чулки днем, то предварительно надо полежать 5-10 мин с приподнятыми ногами. Заниматься лечебной гимнастикой, ЛФК и «венозной ходьбой» тоже следует в эластичных чулках.

Полезно ходить по песку - это самое лучшее упражнение для ног. Песок под ногами принимает форму подошвы и свода стопы, в результате чего активизируется каждая клеточка подошвы и ее биологически активные точки (БАТ). Ходите босиком! Это предупреждает и плоскостопие, и варикозное расширение вен, особенно у беременных женщин, и

другие заболевания, не связанные с ногами. Потому что на подошве стопы (как и на ушной раковине) имеются БАТ – представители всех органов нашего тела, поэтому вы тем самым заодно делаете себе оздоровительный массаж стоп и всего организма.

Еще один механизм, включающийся при хождении босиком, связан с избавлением от лишних электрических зарядов, ведущих к хронической усталости, бессоннице, неврозам, часто имеющим место у беременных женщин.

Особенности ведения родов. При неосложненной форме, а также в отсутствие акушерских показаний к оперативному родоразрешению, роды ведутся через естественные родовые пути с обязательным эластическим бинтованием нижних конечностей в родах. Роды целесообразно вести без защиты промежности с ранней эпизиотомией.

При наличии у женщины «высокого» варикоза (варикозное расширение вен влагалища, вульвы, зоны шейки матки) рекомендовано родоразрешение путем операции кесарева сечения. При производстве операции необходимо строго соблюдать принцип минимальной травматизации кровеносных сосудов как при доступе в брюшную полость, так и при вскрытии матки.

В послеродовом периоде обязательно интенсивное наблюдение с ежедневным контролем коагулограммы.

Особенности ведения послеродового периода. У женщин с риском тромботических осложнений – через 6-8 часов после родов применяют антикоагулянты прямого действия. Ранняя активизация. Эластическая компрессия. Пероральный прием препаратов венолитического действия и местное лечение. Контроль коагулограмм. С 3-5 дня – контрольная УЗГД сосудов нижних конечностей.

Заключение. Профилактика рецидивов, физическая реабилитация и рекомендации при выписке из акушерского стационара: планирование последующей беременности не ранее, чем по истечении 3-х лет после перенесенного тромбоза; после выписки из стационара обязательное диспансерное наблюдение флеболога; консервативное лечение венозной недостаточности и физическая реабилитация со своевременной хирургической коррекцией; нормализация диеты; ЛФК, вечерний 20-минутный легкий самомассаж, ходьба по лестнице; плавание в бассейне и морской воде, прохладный душ для ног; нормализация условий труда (прекращение длительных статических нагрузок); периодическое 20-минутное пребывание в горизонтальном положении с приподнятым ножным концом; ношение обуви на каблучке средней высоты (3-4 см); избегание тепловых процедур (бани, сауны, длительные инсоляции и др.); санаторно-курортное лечение как при ХВН, так и в период послеоперационной реабилитации (курорты с радоновыми, сероводородными, кремнистыми водами), лечение повторяют через 1-1,5 года.

Выводы.

1. Таким образом, варикозная болезнь вен у

женщин репродуктивного возраста способна значительно осложнять течение беременности, родов, послеродового периода.

2. Неуклонно прогрессируя, заболевание приводит к хронической венозной недостаточности I - IV ст., расстройствам гемодинамики и инвалидизации пациенток.

3. Определение риска заболевания и доклиническая диагностика с адекватной и своевременной коррекцией и физической реабилитацией являются мерами эффективной профилактики тяжелых расстройств в родах, связанных с наличием варикозного расширения вен.

Дальнейшие исследования предполагается провести в направлении изучения других проблем клинко-физиологического обоснования применения методов физической реабилитации при варикозном расширении вен у беременных.

Литература

1. Астахов В. М., Шемякова М. А. Варикозное расширение вен и беременность – актуальная проблема акушерства. – Донецк, 2002. - С. 31.
2. Василюк М. Д., Шевчук М. Г. Варикозная болезнь нижних конечностей у женщин. – К.: Здоров'я, 1992. – 184 с.
3. Емельянов С. Д. Клиника, основные принципы лечения варикозной болезни нижних конечностей, тромбоемболические осложнения у беременных и родильниц. // Методические рекомендации. – Волгоград, 1988. – 22 с.
4. Кулаков В. И. Течение беременности, родов, послеродового периода и система свертывания крови у женщин с варикозным расширением вен нижних конечностей. – М. – 1967.
5. Смотров В. А., Симарова А. В., Томашевский Н. И., Нечаев С. В. Профессиональная подготовка студентов-реабилитологов. // Педагогика, психология та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту, 2006. – № 10. - С. 222 -225.
6. Харарберюш В. А., Соболев А. А., Кондратенко П. Г., Васильев А. А., Конькова М. В. Варикозная болезнь нижних конечностей и ее осложнения. – Донецк, 1999. – 112 с.
7. Stainer M., Hillemanns H. G. Venostasin retard in the management of venous problems during pregnancy. // Phlebology. – 1990. - № 5. – pg. 41– 44.

Поступила в редакцию 01.11.2007г.

ДЕТЕРМІНАНТИ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ І ВИКЛАДАЧІВ ВИЩОЇ ШКОЛИ

Носков В.І., Кальянов А.В., Носкова О.В.

Донецький інститут управління

Анотація. У статті розглядаються детермінанти психосоматичного здоров'я студентів і викладачів вищої школи, фактори ризику, що впливають на його рівень, наводяться заходи з оптимізації здоров'я. Одними з валідних, інформативних та адекватних методик визначення рівня психосоматичного здоров'я студентів і науково-педагогічних працівників вищої школи є санологічна самооцінка здоров'я та методика оцінки наявності хронічних захворювань (патологічного індексу). Обґрунтована, розроблена та запроваджена інноваційна технологія освітньої діяльності в умовах оздоровчо-виховного комплексу. Це сприяє попередженню дії різноманітних факторів ризику розвитку психосоматичних порушень здоров'я учасників навчального процесу.

Ключові слова: психосоматичне здоров'я, студенти, викладачі, фактори ризику.

Анотація. Носков В.І., Кальянов А.В., Носкова О.В. Де-