



Омский клинический

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР** корпоративная газета ■

АВГУСТ 2019
Выпуск 7 (17)

Тема номера:

**В КДЦ стартовал
новый проект -
ШКОЛА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ
С БОЛЕЗНЬЮ БЕХТЕРЕВА**
стр. 4-5

**В центре внимания
заболевания эндокринной
системы** стр.2-3

**Видеомониторинг ЭЭГ -
новые возможности
функциональной диагностики**
стр. 6



Кальциевый дефицит



Елена Быкова,
врач-эндокринолог КДЦ

Недостаток витамина Д и кальция влияют практически на весь организм.

Несмотря на то, что наш город считается одним из самых солнечных в России, образованию витамина Д это никак не способствует. Только к концу лета показатели сибиряков по его содержанию в организме приближаются к норме, но с поздней осени все вновь идет на спад. Кальций – еще один важный микроэлемент, который необходим для строительства костей, роста мышечной массы, а также регулирует многие процессы в кровеносной и нервной системе.

Уровень кальция в организме регулирует паращитовидная железа. Когда этот показатель отклоняется от нормы, у человека могут возникать проблемы с мышечной, костной системой и внутренними органами.

– Это третья по частоте патология, особенно если знать, что искать, – отметила врач-эндокринолог Клинического диагностического центра Елена Быкова. – Долгое время этому не уделялось внимание, но последние 10 лет появились новые исследования. Показаний для определения кальция очень много, практически при любом заболевании необходимо его смотреть.

Получить кальций можно из обычных продуктов, в первую очередь, молочных. Главное не доводить до серьезного дефицита, когда ситуацию можно справиться только под надзором врача, принимая лекарства.

– Кальций – довольно стабильный элемент, который должен быть в крови строго в пределах нормы, так как участвует во всех процессах в организме, – добавила Елена Андреевна. – Это не только кости, как считают многие, это и сердце (нарушение ритма), и желудочно-кишечный тракт (язвы, рецидивирующие гастриты), и нервная система (апатии, депрессии, неврозы, психозы), и мочеполовая система.

При этом увлекаться добавками с кальцием врачи не рекомендуют, поскольку это может вызвать обратный эффект. Прием любых препаратов должен проходить под строгим наблюдением врача. Обратная ситуация с витамином Д, который играет значимую роль в усвоении кальция. Этот элемент присутствует лишь в очень ограниченном количестве продуктов питания, а синтез в организме человека происходит в коже под влиянием ультрафиолетовых лучей солнечного света и зависит от географической широты. В условиях Сибири это происходит преимущественно в летние месяцы.

– Мы проводили исследование на основе выборки из пациентов Диагностического центра, у 85% оказался дефицит витамина Д. У кого-то больше, у кого-то меньше, но в любом случае не норма. Это влияет на работу паращитовидной железы, выработку кальция, а, значит, и на весь организм, – рассказала эндокринолог.

Современная медицина позволяет с помощью анализа крови определить уровень кальция и витамина Д в организме человека. Исследование можно проводить в любое время, самый низкий уровень витамина Д отмечается в феврале. Важно не ждать, когда появятся первые симптомы кальциевого дефицита, а профилактировать это состояние.

Взрослым людям необходимо потреблять 1 000 мг кальция в день, профилактическая доза витамина Д 600-800 МЕ в день.

ПРОДУКТЫ С БОЛЬШИМ СОДЕРЖАНИЕМ КАЛЬЦИЯ, В ЛЕГКО УСВАИВАЕМОЙ ФОРМЕ:



морепродукты



печень рыбы



творог, молоко, сыр



ягоды:
малина, смородина,
киви, виноград.



фрукты:
абрикосы, курага,
инжир вяленый,



зелень
(петрушка, базилик,
сельдерей, капуста)



семена кунжута,
подсолнечника,
мака



Мирослава Петунина,
врач-эндокринолог КДЦ

Узловые образования щитовидной железы

Узловой зоб – это собирательное клиническое понятие, объединяющее все обособленные образования в щитовидной железе, отличающиеся морфологическими характеристиками от остальной ткани. Это наиболее распространенная эндокринная патология, узлы диагностируют почти у 10% людей, причем частота увеличивается с возрастом.

Подавляющее большинство узлов (более 90%) являются доброкачественными новообразованиями. Их возникновению может способствовать ряд причин: экология (зоны повышенного радиационного фона, ионизированного излучения), дефицит йода, аутоиммунные заболевания, возраст, генетическая предрасположенность.

Обычно на начальной стадии заболевание никак не проявляется, чаще всего пациент не замечает изменений и имеет жалоб. При прогрессировании процесса, при нарушении функции щитовидной железы могут появляться осиплость голоса, чувство сдавливания дыхательных путей и пищевода, боль в области щитовидной железы, появление косметического дефекта шеи, увеличение объема шеи, появление узлового образования шеи.

К ФАКТОРАМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ:

- Мужской пол, пожилой (старше 70 лет) или молодой (моложе 20 лет) возраст;
- Предшествующее облучение (латентный период до 10-30 лет);
- Семейный анамнез;
- Размер узла более 4 см – риск 20%;
- Быстрый рост массы железы, безболезненной при пальпации;
- Паралич голосовых связок, осиплость голоса;
- Аденопатия шейных лимфоузлов;
- Плотная, твердая консистенция или отечность и фиксация ткани железы.



«В диагностике новообразований щитовидной железы используют лабораторные исследования, тонкоигольную аспирационную биопсию под контролем УЗИ с дальнейшим гистологическим исследованием, компьютерную томографию (при невозможности уточнить другими методами связь загрудинно расположенных образований с сосудами и органами средостения), – рассказывает врач-эндокринолог высшей категории КДЦ Мирослава Петунина. – Также при необходимости проводят рентгенографию легких в двух проекциях, сцинтиграфию щитовидной железы».

Широкая профилактика рака щитовидной железы предполагает устранение нехватки йода, проведение рентгенологического облучения головы и области шеи строго по показаниям. Важной частью профилактики служит своевременное лечение тиреоидной патологии, динамическое наблюдение у врача-эндокринолога пациентов, входящих в группу риска: имеющих патологию щитовидной железы, проживающих на территории с йододефицитом, подвергшихся облучению, имеющих семейные случаи медуллярного рака щитовидной железы.

Лечение узлового образования щитовидной железы обязательно должно совмещаться с ведением здорового образа жизни и соблюдением диеты. Важно, чтобы ежедневно в организм поступало достаточное количество йода, в рационе должны присутствовать морепродукты, морская капуста, киви, хурма. Обычную соль лучше заменить на йодированную. Нужно ограничить потребление вредных продуктов, жирных и жареных блюд, кондитерских изделий, консервантов. Соблюдение диеты поможет восполнить дефицит йода, тем самым профилактировать те заболевания, которые с ним связаны.

Несвоевременное лечение и отсутствие профилактики может привести к прогрессированию процесса, ухудшению общего самочувствия. При возникновении первых симптомов необходимо обратиться к врачу.

В Диагностическом центре стартова Школа для пациентов с болезн



«Цель наших занятий – систематизировать знания и представления пациентов о болезни, помочь лучше понимать болезнь и строить свою жизнь с учетом этих знаний, – рассказывает врач-ревматолог круглосуточного стационара КДЦ Анна Охотникова. – Еще одна важная задача – активизировать пациентов в содействии лечению. К сожалению, это заболевание в настоящее время относится к разряду неизлечимых, но

ЕСТЬ МНОГООБРАЗНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ БЛАГОТВОРНО ВОЗДЕЙСТВОВАТЬ НА ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ И ПРОДЛЕВАТЬ АКТИВНУЮ, КАЧЕСТВЕННУЮ ЖИЗНЬ»

В рамках Школы планируется проведение лекций на актуальные темы, касающиеся особенностей заболевания, возможностей терапии и реабилитации. Также будут проходить занятия ЛФК, где пациентов будут обучать специальным комплексам упражнений, которые можно выполнять в домашних условиях.

«В круглосуточном стационаре Омского диагностического центра оказывается специализированная медицинская помощь пациентам ревматологического профиля. За годы работы накоплен опыт, который обосновывает идею открытия Школы для пациентов с болезнью Бехтерева, – рассказывает заведующая круглосуточным стационаром КДЦ, к.м.н. Татьяна Федорова. – Это серьезное хроническое заболевание, которое чаще всего поражает людей трудоспособного возраста, поэтому перед нами стоит важная задача – сохранить активную жизнедеятельность пациентов, трудоспособность. Школа – это хороший формат работы, который поможет улучшить взаимодействие врача и пациента, повысить мотивацию пациентов к активному участию в лечебно-реабилитационном процессе»

Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева) – хроническое, постепенно прогрессирующее воспалительное заболевание позвоночника и крестцово-подвздошных сочленений, которое может протекать одновременно с поражением периферических суставов, энтезов и внутренних органов.

Согласно данным официальной статистики, в России насчитывается более 240 тыс. пациентов с анкилозирующим спондилитом. Отношение заболеваемости у мужчин и женщин составляет 2,1 (м) : 1,5 (ж). Дебют заболевания случается в возрасте 20–40 лет, в 10% случаев больными оказываются дети и подростки в возрасте 10–15 лет. Проведенные в 2012 г. обследования российских пациен-

тов с болезнью Бехтерева показали, что стойкая утрата трудоспособности у них наступила в среднем через 15 лет после начала болезни, а средний возраст получения инвалидности – 46,3 года.

Иммуновоспалительный процесс начинается с поражения крестцово-подвздошных соединений, затем привлекаются межпозвоночные, реберно-позвоночные (реже – периферийные) суставы, межпозвоночные диски, связки позвонков. Главная мишень иммунного ответа при этом заболевании – граница хрящевой и костной ткани, включая места прикреплений сухожилий и связок к костям (энтезисы), а также субхондральная кость.

Вследствие воспалительных изменений возникает рефлекторный спазм околопозвоночных мышц, в свою очередь усиливается боль, приводящая к расстройствам кровоснабжения. Спазм предопределяет постепенное разрушение межсуставного хряща и развитие анкилоза.

Клинические проявления спондилоартритов разнообразны, они появляются постепенно, иногда незаметно для пациента, в начале болезни часто наблюдаются длительные спонтанные ремиссии. Анкилозирующий спондилит чаще всего начинается с воспалительной боли в спине (в 75–85% случаев) и периферического артрита (в 15–25% случаев).

Для начала анкилозирующего спондилита характерны следующие симптомы:

- глубокорасположенные боли в позвоночнике, связанные с ограничением движения в поясничном отделе
- утренняя тугоподвижность позвоночника, которая исчезает в течение дня.

Центральное место в клинической картине занимает поражение аксиального скелета (позвоночник, таз, тазобедренные, плечевые и нижнечелюстные суставы).

Критериями воспалительной боли в спине являются:

- медленное (ползущее) начало, которое растягивается на недели,
- ночная боль с улучшением при пробуждении,
- улучшение от упражнений,
- ухудшение во время сна и во время покоя.

Воспалительная боль рефлекторно вызывает мышечный спазм, что способствует развитию тугоподвижности позвоночника. На ранних стадиях болезни ограничение движений в позвоночнике обусловлено воспалением и болевым спазмом мускулатуры спины, на поздних стадиях – преимущественно оссификацией позвоночника.

А НОВЫЙ ПРОЕКТ – НЬЮ БЕХТЕРЕВА



При поражении грудного отдела позвоночника, реберно-позвоночных суставов появляется боль в грудной клетке, иногда опоясывающая, усиливающаяся при кашле, глубоком вдохе, поворотах туловища. В результате поражения реберно-позвоночных суставов уменьшается дыхательная экскурсия грудной клетки, дыхательная функция при этом компенсируется за счет диафрагмы.

Поражение суставов передней грудной стенки (грудино-ключичных, грудино-реберных, рукоятки и тела грудины) может наблюдаться на любой стадии болезни. Артрит суставов передней грудной стенки встречается при анкилозирующем спондилите в 17% случаев. Симптоматика может варьироваться от умеренной болезненности до выраженной плотной припухлости.

Поражение шейного отдела позвоночника случается на более поздней стадии заболевания. Вначале появляется боль, постепенно уменьшается диапазон движений шеи: ограничиваются ротация и наклоны. В ряде случаев происходит полный анкилоз шейного отдела позвоночника с абсолютной неподвижностью головы и шеи. Следствием спондилита шейного отдела позвоночника могут быть явления дисциркуляторной энцефалопатии, сопровождающейся головокружением, тошнотой, головной болью.

Поражение периферических суставов может наступить на любой стадии болезни и иногда бывает одним из первых симптомов. Более чем у 50% больных в процесс вовлекаются периферические суставы, в том числе тазобедренные и плечевые. Периферический артрит может быть как временным проявлением заболевания и проходить бесследно, так и часто рецидивирующим проявлением, приводящим к стойкому нарушению функций сустава. Преимущественно вовлекаются крупные и средние суставы нижних конечностей (тазобедренные, коленные, голеностопные), возможен артрит отдельных суставов пальцев стоп, могут поражаться височно-нижнечелюстные суставы.

Особый вариант артрита при данном заболевании – поражение тазобедренного сустава (коксит). Развивается примерно у 1/3 пациентов с болезнью Бехтерева, у взрослых коксит развивается в первые 10 лет болезни. Проявляется болью в паховой области, которая может иррадиировать по передней и боковой поверхности бедра, в ягодицы, переднюю поверхность голени. Возможно выявление бессимптомных рентгенологических изменений тазобедренных суставов.

Кроме болей в суставах, бывают также боли в костях. Речь

идёт о воспалении тех мест, где сухожилия прикрепляются к костям. Самые первые симптомы болезни Бехтерева представляют

ПОВЫШЕННОЕ ДАВЛЕНИЕ: причины, симптомы, лечение и профилактика



Ольга Желтоногова,
врач-кардиолог КДЦ

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ – одно из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. От этой патологии страдают около трети взрослого населения. С возрастом распространенность болезни увеличивается и достигает 50-65% у людей старше 65 лет.

Артериальная гипертония – синдром повышения систолического и/или диастолического артериального давления. Принято выделять «гипертоническую болезнь» – заболевание, при котором повышенное АД не связано с выявлением явных причин, приводящих к развитию вторичных форм артериальной гипертонии, возникающих, например, при эндокринных заболеваниях, патологии почек, врожденных пороках сердца. Артериальная гипертония является ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистых, цереброваскулярных, почечных заболеваний.

– Артериальная гипертония может развиваться у человека любого возраста, поэтому необходимо

обращать пристальное внимание на такие симптомы как головные боли, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, – отметила врач-кардиолог Омского клинического диагностического центра Ольга Желтоногова.

Зачастую заболевание протекает бессимптомно, поэтому выявляют его на профилактических осмотрах, при диспансеризации. Единственный верный способ выявления АГ – периодически самостоятельно измерять давление, особенно при появлении каких-либо тревожных симптомов. Показатели 130/90 мм рт.ст. – те цифры, которые говорят о том, что необходимо обратиться к специалисту для прохождения комплекса обследований и уточнения диагноза. При подтверждении диагноза АГ необходимо регулярно наблюдаться у врача-кардиолога и дисциплинированно выполнять все рекомендации.

– Если лечением АГ не заняться вовремя, то могут развиваться серьезные осложнения. Прежде всего страдают «органы-мишени»: сердце, почки, сосуды, в т.ч. сетчатки глаза, головной мозг (может случиться и сосудистая катастрофа – инсульт), – пояснила врач.

Выделяют факторы риска АГ, на которые мы не можем повлиять, то есть немодифицируемые: наследственность (люди, чьи родственники больны, наиболее предрасположены к развитию этой патологии), мужской пол (среди мужчин распространенность АГ выше). Вторая разновидность факторов риска – модифицируемые, на которые мы можем повлиять, с целью снижения таких факторов риска всем пациентам с АГ рекомендуются мероприятия по изменению образа жизни:

- уменьшение потребления поваренной соли;
- ограничение потребления алкогольных напитков;
- изменение режима питания (увеличение потребления растительной пищи, уменьшение потребления животных жиров);
- нормализация массы тела;
- увеличение физической активности, регулярные аэробные физические нагрузки;
- отказ от курения.

Немедикаментозные методы лечения способствуют снижению АД, увеличивают эффективность медикаментозной гипотензивной терапии.

Таким образом, только комплексное лечение артериальной гипертонии поможет добиться хороших результатов и снизит риск осложнений заболевания.

Риск развития инсультов у пациентов с АГ увеличивается в 2-4 раза по сравнению с риском у лиц с нормальным артериальным давлением.

Умеренные физические тренировки (ходьба, плавание) могут снизить артериальное давление на 5-10 мм рт. ст.

ОСНОВУ ПИТАНИЯ при АГ должны составлять:

**нежирные сорта
мяса, рыбы**

(преимущественно
в отварном виде)

**молоко,
кисломолочные
продукты**

овощи, фрукты

рассыпчатые каши
(овсяная, гречневая,
пшеничная)

Полностью
из рациона
необходимо
ИСКЛЮЧИТЬ:



– крепкий чай, кофе, какао;

– острые, соленые, копченые продукты и блюда, консервы, пряности;

– жирные продукты;

– сладкие хлебобулочные изделия;

– алкогольные напитки.

РАСПОЗНАТЬ СИГНАЛЫ МОЗГА

С помощью специальной методики врачи даже во время сна пациента могут диагностировать заболевание..

По данным Всемирной организации здравоохранения, около 50 миллионов человек в мире страдают от эпилепсии.

Это хроническое заболевание головного мозга, которому подвержены люди всех возрастов. «Золотым стандартом» диагностики эпилепсии является видео-ЭЭГ мониторинг.

Видео-ЭЭГ мониторинг представляет собой синхронную регистрацию записи биоэлектрической активности головного мозга (электроэнцефалография) и видеоизображения пациента (клинических проявлений).

Непрерывная запись проводится днём в течение 3 часов (дневной видео-ЭЭГ мониторинг) и ночью в течение 10 часов (ночной видео-ЭЭГ мониторинг).

- Во время бодрствования регистрируется фоновая активность, проводятся функциональные пробы: фотостимуляция, гипервентиляция.

- Но именно мониторинг сна значительно повышает информативность исследования, - рассказала врач-невролог высшей категории Клинического диагностического центра Ольга Степанова. - Есть определенные стадии сна и в каждую из них регистрируются свои паттерны сна.

В первую очередь видео-ЭЭГ мониторинг проводится для подтверждения или опровержения диагноза «эпилепсия». Также исследование необходимо при пароксизмальных состояниях с судорогами и потерей сознания неясной причины.

Эпилепсия является одним из старейших распознаваемых состояний в мире, о котором сохранились письменные свидетельства, относящиеся к 4000 до н.э.

- Во время исследования пациент находится в специально оборудованной комнате. На его голову медсестра накладывает электродную шапочку. Сначала ведется запись в бодрствовании до сна, затем сон, бодрствование после сна, - пояснила Ольга Павловна. - Для облегчения засыпания накануне рекомендуется уменьшить продолжительность ночного сна: необходимо поздно лечь спать и рано встать. Во время исследования обязательно присутствие сопровождающего лица.

При подтверждении диагноза «эпилепсия» видео-ЭЭГ мониторинг требуется, чтобы уточнить конкретную форму заболевания, в каких долях мозга располагаются патологические очаги. Не всегда сам пациент и его окружение могут достоверно описать происходящее во время приступа. Поэтому врачу важна видеофиксация происходящего. Кроме того, методика применяется для подбора медикаментозной терапии, оценки эффективности лечения, при подготовке к отмене противосудорожных препаратов.

- При отсутствии дополнительных указаний лечащего врача по изменению режима приёма противосудорожных препаратов, он остаётся прежним. Все принимаемые препараты следует взять с собой. Поскольку исследование проводится в медицинском учреждении, то при необходимости пациенту окажут первую помощь, - добавила врач.

При этом не всегда пароксизмальные состояния являются признаком эпилепсии. Их причина может скрываться в наличии другой патологии, например, парасомнии, апноэ, дистонических атак. В таких случаях видео-ЭЭГ мониторинг позволяет распознать истинную картину и избежать необоснованных назначений.

Исследование не проводится при повышении температуры, острых респираторных и других инфекционных заболеваниях. Процедура может быть затруднена из-за открытых ран и травм, мешающих присоединению электродов.



Ольга Степанова,
врач-невролог КДЦ

Показания к проведению видео-ЭЭГ мониторинга:

- Пароксизмальные состояния с наличием судорог и потерей сознания неясного генеза.
- Впервые возникший судорожный приступ
- Подтверждение или опровержение диагноза «эпилепсия»; уточнение формы заболевания, локализации эпилептогенной зоны.
- Дифференциальная диагностика между эпилептическими и не эпилептическими состояниями.
- Контроль эффективности лечения эпилепсии
- Подготовка к отмене противосудорожного препарата
- Прехирургическое обследование
- Когнитивные и поведенческие расстройства

Во всем мире
до **10%** людей
имели в течение
своей жизни
один приступ

СПИ, МОЯ РАДОСТЬ, УСНИ...



Татьяна Федорова,
врач-сомнолог, к.м.н.

Если говорить о среднестатистических значениях, то существуют усредненные данные о потребности во сне, которые градируются по возрасту:

- У новорожденных – 20-23 часа
- От 4 до 8 лет – 12 часов
- От 6 месяцев до 1 года – 18 часов
- От 12 до 16 лет – 9 часов
- От 2 до 4 лет – 16 часов
- У взрослых – 7-8 часов

Важная потребность для полноценной здоровой жизни – качественный сон. Распространенный вопрос – сколько нужно спать, чтобы выспаться? Стандартного ответа на него не существует, поскольку потребность во сне индивидуальна. Например, Наполеон, Эдиссон и Черчилль имели очень короткую продолжительность сна, но вряд ли именно эта физиологическая особенность стала залогом их гениальности. Среди великих известных людей одним из «долгоспящих» был Альберт Эйнштейн.

СКОЛЬКО МОЖЕТ НЕ СПАТЬ ЧЕЛОВЕК И ЧТО С НИМ ПРИ ЭТОМ СЛУЧИТСЯ?

1 бессонная ночь – появляется усталость, снижается внимание и память;

2-3 бессонные ночи – нарушается координация движения, ухудшается концентрация зрения, речь, появляется нервный тик, тошнота;

4-5 бессонных ночей – наступает чрезвычайная раздражительность, галлюцинации и бредовые идеи;

6-8 бессонных ночей – замедляется речь, появляется дрожь конечностей, короткие периоды потери памяти, странности в поведении;

11 ночей без сна – это рекорд 17-летнего Р. Гарднера, установленный в 1965 году, который привел к фрагментированному мышлению, безразличию ко всему окружающему, оцепенению.

Вывод один – спать нужно качественно, регулярно и достаточно для своего возраста и для себя лично.

По вопросам нарушения сна можно обратиться к врачу-сомнологу.

ПРО РЕЖИМ СНА

Есть такое явление «Социальный Джет Лаг» – несовпадение между временем сна в рабочие и выходные дни, а также несовпадение между «социальным» и «биологическим» временем. Термин впервые был предложен Marc Wittmann и соавторами в 2006 году после исследования 40000 людей в Германии и Австрии. Критерием «Социального Джет Лага» считается существенная разница во времени сна в рабочие и выходные дни (2 часа и более).

В рабочие дни накапливается значительный дефицит сна, который компенсируется в выходные дни. Наибольшая разница времени сна между рабочими и выходными днями характерна для «позднего хронотипа» («совы»). У недосыпа в будние дни после «отсыпания» на выходных есть ряд негативных последствий: депрессии, потребление кофеина, курение, потребление алкоголя.

В России недавно было принято решение об отмене «зимнего» и «летнего» времени в связи с опасениями в отношении вреда для здоровья при переводе часов на 1 час. В то же время в крупных городах более половины населения еженедельно смещают свои внутренние биологические часы на 2 часа и более вперед в выходные дни и обратно в будние дни, что приводит к проблемам с засыпанием и пробуждением в первые 2-3 дня рабочей недели. При смещении времени сна в выходные дни более чем на 5 часов, последствия могут сохраняться всю следующую рабочую неделю.

Вывод только один – нужно стремиться к тому, чтобы засыпать и просыпаться примерно в одно время, жить в едином режиме и в будние дни, и в выходные. Звучит невыполнимо, но попытаться стоит – организм скажет вам спасибо!

Как помочь себе обеспечить качественный, беспробудный сон?

Предлагаем вам ряд рекомендаций на тему гигиены сна:

- Очень важно соблюдать режим, то есть ложиться спать и вставать в одно и то же время.
- Во взрослом возрасте лучше исключить дневной сон, особенно во второй половине дня.
- Не пить перед сном крепкий чай и кофе.
- Минимизировать стрессовые ситуации (да-да, нужно к этому стремиться, любить себя и беречь свою нервную систему), уменьшить умственную нагрузку в вечерние часы.
- Организовать физическую нагрузку в вечернее время, но не позднее, чем за 3 часа до сна.
- Перед сном организовать водные процедуры, лучше прохладный душ (небольшое охлаждение тела является одним из элементов физиологии засыпания).

