

«Немедикаментозная терапия гипертонической болезни»

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
Комплексное изменение режима питания.....	5
Физическая активность.....	8
Курение.....	11
Алкоголь.....	13
Контроль массы тела.....	14
Коррекция стресса.....	16
Заключение.....	17
Список литературы.....	18

ВВЕДЕНИЕ

Оптимизация методов борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями — одна из самых насущных и неотложных проблем для России. Данные официальной статистики, а также данные, полученные в ходе выполнения международного проекта «Мониторирование сердечно-сосудистых заболеваний (MONICA)», т. е. верифицированные данные, показывают буквально катастрофическое положение с заболеваемостью и смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний (особенно среди мужской части населения). Это требует от руководителей практического здравоохранения незамедлительных шагов по коррекции стратегии в отношении как профилактики основных сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркта миокарда и инсульта), так и факторов риска этих заболеваний.

Анализ результатов многочисленных эпидемиологических исследований показал, что повышенные уровни артериального давления с несомненностью являются одним из ведущих факторов риска коронарной болезни сердца и инсультов. Ситуация усугубляется очень большой распространенностью артериальной гипертонии.

В стратегическом плане антигипертензионная терапия не отличается от любой иной, так как и в данном случае ее целью должно быть предупреждение заболеваемости или поражения органов-мишеней и смертности, связанной с повышенными уровнями АД, поскольку удерживает последние на наименьших из приемлемых значений.

К сожалению, приходится констатировать, что даже в тех случаях, когда больной получает антигипертензивную терапию, врачи ограничиваются лекарственными методами. В то же время во всех рекомендациях по лечению АГ, в том числе рекомендациях экспертов Всемирной организации здравоохранения, основу терапии составляют именно немедикаментозные методы. Принципы немедикаментозной антигипертензивной терапии основываются на современных представлениях о том, что АГ, являясь одним из основных факторов риска ИБС, инсульта и других известных органных поражений, сама имеет факторы риска.

Из многообразия немедикаментозных методов, применяемых в практическом здравоохранении, следует опираться только на научно-обоснованные, доказавшие свою эффективность методы.

Мероприятия по изменению образа жизни рекомендуются всем больным, в том числе и получающим медикаментозную терапию, особенно при наличии тех или иных факторов риска.

Они позволяют:

- снизить уровень АД у каждого конкретного больного;
- уменьшить потребность в антигипертензивных препаратах и максимально повысить их эффективность;
- повлиять на другие имеющиеся факторы риска;

- осуществить первичную профилактику ГБ и снизить риск сопутствующих сердечно-сосудистых расстройств на уровне популяций.

Они включают в себя:

- Отказ от курения
- Снижение массы тела
- Снижение употребления алкогольных напитков
- Увеличение физических нагрузок
- Снижение употребления поваренной соли
- Комплексное изменение режима питания (увеличение употребления растительной пищи, уменьшение употребления насыщенных жиров, увеличение в рационе калия, кальция и магния).

КОМПЛЕКСНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ РЕЖИМА ПИТАНИЯ

Большого внимания заслуживают исследования, проведенные при поддержке Национального Института по изучению сердца, легких и крови (The National Heart, Lung, and Blood Institute, NHLBI (здесь и далее прим. В.В. Василенко)). Оценивалось сочетание питательных элементов в продуктах. Клиническое испытание, названное “DASH” (сокращение от Dietary Approaches to Stop Hypertension — Диетический подход к прекращению гипертонии) (Значения слова dash (читается как “дэш”): сильный удар, быстрый прорыв.), доказало, что повышенное кровяное давление может быть снижено диетой с низким содержанием насыщенных жиров, общего жира и холестерина и богатой фруктами, овощами и обезжиренными молочными продуктами. Рацион должен быть обогащён магнием, калием, кальцием, а так же белками и волокнами.

В исследовании участвовали 459 человек с систолическим давлением ниже 160 мм Hg и диастолическим 80-95 мм Hg. Около половины исследуемых были женщины; 60% испытуемых – афроамериканцы.

В исследовании “DASH” сравнивали три рациона:

- рацион, сходный по пищевым веществам с обычным для многих американцев;
- рацион, обычный для американцев, но обогащённый овощами и фруктами;
- «комбинированный» рацион — диета DASH — с пониженным содержанием насыщенных жиров, общего жира, холестерина; обогащённый фруктами, овощами и обезжиренными диетическими продуктами.

Все три рациона содержат приблизительно 3000 мг натрия — на 20 процентов ниже среднего значения в США для взрослого. Ни один из рационов не был вегетарианским и не содержал специальных продуктов. Результаты показали, что фруктово-овощные и комбинированные рационы снижали давление, но при комбинированном рационе достигался наилучший эффект. Диета DASH снижала кровяное давление: систолическое в среднем на 6 мм Hg, диастолическое — на 3 мм Hg. Это явственнее обнаруживалось у людей с высоким давлением: систолическое давление уменьшилось в среднем на 11 мм Hg, диастолическое — на 6 мм Hg. Позже давление снижалось быстрее, в течение 2 недель после начала соблюдения диеты.

Наиболее важным для больных АГ является коррекция электролитных нарушений и контроль водно-солевого обмена.

Привычка питаться пересоленной пищей не является физиологически оправданной, с ней необходимо бороться как со всякой вредной привычкой. Однако, нередко врачи и пациенты бывают недостаточно осведомлены о содержании соли в продуктах и в результате их рекомендации носят общий характер и не достигают своей цели. Рекомендуется чаще пользоваться специальными таблицами, содержащими нужную информацию. Низкое содержание хлористого натрия (соли) имеется в продуктах растительного

происхождения, твороге, свежих и замороженных рыбе и мясных продуктах (от 0,1 г на 100 г продукта). В готовых гастрономических продуктах соли содержится значительно больше, например, в колбасе ее в 10-15 раз больше, чем в натуральном мясе. Склонность к чрезмерному употреблению хлебобулочных изделий стандартной выпечки приводит к неблагоприятному для больных с гипертензией сочетанию – с хлебом наряду с избытком калорий организм получает и избыток хлористого натрия. Исключение составляют специальные диетические изделия с низким содержанием поваренной соли, повышенным содержанием волокон.

Физиологическая норма суточного потребления натрия – 3,5 г. Это количество содержится примерно в 5 – 5,5 г поваренной соли (1 чайная ложка). Чрезмерное потребление с пищей натрия (главным образом поваренной соли) является одним из ведущих факторов риска развития АГ. Среди лиц с повышенным АД выявляются лица с повышенной чувствительностью к солевым нагрузкам, у них нагрузка натрием вызывает повышение уровня среднего АД на 10 мм рт.ст. и более.

Больным с АГ следует рекомендовать больше употреблять продуктов, содержащих соли калия, при этом важно учитывать не только их содержание, но и отношение к содержанию хлористого натрия, которое должно равняться 1:1.

Установлено, что содержащийся в пище калий уменьшает неблагоприятное действие хлористого натрия на сосудистую стенку, снижает сосудистую гиперреактивность, снижает активность ангиотензин-чувствительных рецепторов в сосудах и тканях органов-мишеней. По рекомендациям Института Питания при физиологической потребности калия около 3-5 г в сутки, больным с гипертензией рекомендуется его увеличение до 5-6 грамм. Полезным может быть использование специальных солей, в состав которых наряду с уменьшенным количеством ионов натрия (профилактической – на 30% или лечебной – на 60%) входят ионы калия, а также ионы йода, необходимые для профилактики атеросклероза.

Отмечено благоприятное действие в отношении АД пищи, богатой полиненасыщенными жирными кислотами. Помимо прямого антиатерогенного действия эти компоненты пищи, обладают гипотензивным эффектом, уменьшают вязкость крови, что в целом положительно влияет на течение заболевания и способствуют предупреждению его осложнений. В целях профилактики атеросклеротических изменений больным с АГ рекомендуется употребление за сутки примерно 5г рыбьего жира, обогащенного омега-3-жирными кислотами, которые содержатся в жире скумбрии, трески и некоторых других морских рыб.

Питание больного с артериальной гипертензией рекомендуется строить согласно основным принципам рационального питания:

- энергетическое равновесие (энергетическая ценность рациона должна равняться энерготратам организма);
- обеспеченность физиологических потребностей организма в незаменимых питательных веществах белках, жирах, углеводах,

витаминах, минеральных веществах (рацион считается сбалансированным, когда белками обеспечивается 10–15 %, жирами – 20–30 %, а углеводами 55–70 % (10 % простыми углеводами) калорийности);

- режим питания. Желательно принимать пищу не реже 4-5 раз в день, распределяя ее по калорийности суточного рациона приблизительно следующим образом: завтрак до работы; - 30%, второй завтрак – 20%, обед – 40%, ужин – 10%. Последний прием пищи должен быть не менее чем за 2-3 часа до сна. Интервал между ужином и завтраком должен быть не более 10 часов.

Специальные советы по питанию больному с АГ

- Исключить потребление острых блюд и приправ, соленой, богатой насыщенными жирами пищи, мучных и кондитерских изделий
- Предпочтительные способы приготовления – отваривание, запекание, изредка легкое обжаривание
- Ограничить потребление поваренной соли, добавляя в пищу, приготовленную без соли, не более 5г (чайная ложка без верха) в сутки. Не солить пищу при приготовлении, добавлять ее по вкусу после пробы, не употреблять в пищу консервированные и гастрономические продукты
- Ограничить общее количество свободной жидкости (включая первые блюда) до 1,5 литров. Исключить газированные минеральные воды
- Увеличить потребление продуктов с высоким содержанием калия, магния (изюм, курага, морковь, петрушка, укроп, цитрусовые, отруби, морская капуста и др.)
- Включать в питание продукты содержащие полноценные белки со сбалансированными аминокислотами (творог, мясо, рыба), углеводы, богатые клетчаткой (ягоды, особенно лесные, фрукты, фасоль, баклажаны), жиры, содержащие ненасыщенные и полиненасыщенные жирные кислоты (подсолнечное, кукурузное, хлопковое масло), витамины А, группы В, С, Р, бетаин и бетаин-красящие вещества свеклы (обладают липотропным и непрямым гипотензивным действием, их включение в питание больных является обязательным), соли калия и магния
- У лиц с клиническими формами ожирения (индекс массы тела = отношение веса в кг к росту в м² = 29) необходимо значительное снижение суточной калорийности – до 1800 -1200 ккал в сутки.
- Потребление фруктов и овощей должно быть не менее 500г в сутки (≥ 5 порций), без учета картофеля.

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

В комплексном лечении больных гипертонической болезнью большое значение имеет лечебная физкультура.

Ведь движение - это основа всей жизнедеятельности человека.

Систематические занятия оказывают на организм выраженное положительное воздействие - под влиянием интенсивной мышечной работы происходят существенные изменения во всех органах и системах человека, особенно в сердечнососудистой, которая чутко реагирует на все воздействия внешней среды.

Правильно организованные и длительно проводимые физические занятия улучшают функциональное состояние системы кровообращения и повышают общую работоспособность организма.

Исследователи установили, что у людей, систематически занимающихся дозированными физическими упражнениями, сердце даже в состоянии покоя работает экономично, ритм его сокращений замедляется, а сила их увеличивается, за одно сердечное сокращение выбрасывается больше крови.

Например, если сердце практически здорового человека, не занимающегося спортом, сокращается примерно 70-80 раз в минуту, то сердце тренированного - 50-60, а профессионального спортсмена - всего 35-40 раз!

В организме человека имеется примерно 160 млрд капилляров (мелких сосудов), длина которых составляет около 100 000 км. В то время когда мышца находится в состоянии покоя, работает лишь 10% капилляров.

Если же она начинает сокращаться, в действие вступают резервные капилляры, которые в состоянии покоя не функционируют. В результате этого в ткани поступает большее количество крови, а вместе с ней питательных веществ и кислорода, быстрее удаляются из организма продукты распада.

Кровеносные сосуды в процессе физической тренировки становятся более эластичными, а уровень артериального давления держится в пределах нормы. Нередко у пожилых людей, систематически занимающихся физкультурой, кровяное давление поддерживается на уровне, свойственном молодому организму, а у тех, кто склонен к повышенному давлению, часто отмечается его нормализация. Под влиянием физической нагрузки резко возрастает интенсивность обменных процессов в организме, что ведет к

быстрому разрушению избыточного количества адреналина - гормона тревоги, способствующего повышению артериального давления. Так как движение является хорошим раздражителем функции кроветворных органов, происходит увеличение количества эритроцитов, гемоглобина и остальных элементов крови до нормального уровня.

Кроме того, физические тренировки благотворно сказываются на обмене веществ - углеводном, белковом, жировом, минеральном. Работа мышц улучшает обменные процессы и препятствует развитию атеросклероза.

Согласно многочисленным исследованиям, содержание холестерина в крови у лиц, занимающихся физкультурой, снижается, даже если оно значительно превышало норму.

Систематические дозированные физические нагрузки нормализуют и работу в системе крови, что в значительной степени уменьшает риск таких заболеваний, как инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, тромбозы и другие виды сосудистой патологии.

Следует помнить, что лечебная физкультура должна быть строго индивидуализирована - необходимо принимать во внимание уровень тренировки и физического состояния больного, стадии заболевания, состояние мозгового и коронарного кровообращения.

Помимо этого, при выборе характера физической нагрузки, ее типа, интенсивности и длительности следует учитывать желания и вкусы человека, его индивидуальные интересы - вид спортивных занятий должен быть приятным и приносить удовлетворение, только в этом случае будет польза от физических упражнений.

Хотя соревновательные виды спорта (теннис, волейбол, футбол) интереснее и более эффективны, при артериальной гипертензии их следует избегать из-за эмоциональной напряженности и угрозы резкого подъема давления.

Наиболее подходящими для больных гипертензией являются ходьба и бег.

Семь-восемь километров в день - это та минимальная норма, которую физиологи считают обязательной для поддержания крепкого здоровья и работоспособности.

Ходьба - исключительное, почти незаменимое целебное средство для людей, ведущих сидячий образ жизни, у которых даже при небольших физических переутомлениях учащается дыхание и появляется сердцебиение, тем более что занятия этим видом «спорта»

не требуют специальных сооружений и дополнительных финансовых трат.

Пройдя предварительный этап тренировки, можно приступить к бегу трусцой.

Для этого необходимо сначала проходить ежедневно 10-12 тыс. шагов пешком, причем не менее половины из них должны выполняться на дистанции непрерывной ходьбы в темпе 120-130 шагов в минуту не менее 3-4 раз в неделю.

Если при этом отсутствуют выраженная усталость, одышка, боли в области сердца, головные боли, повышение артериального давления, нарушения сердечного ритма, то можно считать, что резервы сердечно-сосудистой системы достаточны для бега трусцой.

Одним из важных критериев контроля является допустимая частота сердечных сокращений, которая не должна превышать 200 минус возраст в годах.

Напомним, что подсчет числа сердечных сокращений в целях самоконтроля осуществляется кончиками пальцев руки на лучевой артерии противоположной руки или в области наружной сонной артерии (удобнее на правой стороне).

Пожилым людям, даже практически здоровым, уровень нагрузки при прохождении дистанции необходимо увеличивать постепенно.

Сначала надо привыкнуть в обычном, умеренном темпе к какому-то расстоянию, затем увеличивать его от исходного примерно на 400 м в неделю - до 3-4 км.

И только после того, как этот путь будет легко преодолеваться, можно ускорить темп, сокращая время примерно на 1-2 мин в течение 1-2 недель, при этом необходимо постоянно контролировать свое состояние.

Как было отмечено, низкая физическая активность является самостоятельным фактором риска артериальной гипертензии. Естественно, что борьба с этим фактором риска посредством физических тренировок, направленных на развитие выносливости, не может не привести к успеху. Велотренажер, беговая дорожка и степпер являются средствами достижения положительного эффекта.

Оптимальная частота физических тренировок при артериальной гипертензии - 1 раз в день по 20-30-40-50 минут не менее 3-5 раз в неделю. Понятно, что продолжительность занятия должна нарастать постепенно, в зависимости от увеличения тренированности и улучшения состояния здоровья.

Обычно, 50-минутные занятия пациенты могут себе позволить после 8-12-16 недель регулярных тренировок по индивидуальной программе. Принцип постепенности относится и к мощности нагрузок, которые следует увеличивать с 25 до 125 Вт. Частота контролируемого возрастного пульса должна составлять 65 - 85% от максимального его значения.

КУРЕНИЕ

Ежегодно курение убивает около 500 000 жителей России, из которых около 80 % умирает в трудоспособном возрасте. Из всех смертей, обусловленных курением, 50 % приходится на ССЗ, 25 % – на злокачественные новообразования и 25 % – на другие причины смерти. В рамках исследований российских липидных клиник, проведенных в середине 90-х годов прошлого столетия, установлено, что у мужчин 40–59 лет 35 % всех смертей от ССЗ обусловлено курением. Вклад курения в смертность от ИБС и МИ в той же возрастной группе составляет у мужчин 41 % и 21 %, у женщин 21 % и 10 %, соответственно. Вклад курения в общую смертность и смертность от ССЗ среди мужчин в России намного выше, чем в остальных странах Европейского региона. Преждевременные смерти, обусловленные курением, приводят к снижению продолжительности жизни мужчин и женщин. Курящие мужчины возрастной группы 35–74 лет живут меньше в среднем на 17,7 лет. У лиц, отказавшихся от курения, средняя продолжительность жизни приближается к таковой у никогда не куривших. Если бы российские мужчины не умирали преждевременно от заболеваний и состояний, обусловленных курением табака, то количество смертей среди мужчин уменьшилось бы почти на 30 %, а их средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении увеличилась бы на 3,9 лет.

Доказано неблагоприятное влияние никотина на сердечно-сосудистую систему. Никотин возбуждает, а затем парализует вегетативные ганглии, возбуждает сосудистый центр, учащает и увеличивает силу сердечных сокращений, вызывает спазм сосудов, повышает АД. У курильщиков усиливается кислородное голодание тканей, хроническая гипоксия мозга, что способствует фиксации, стабилизации артериальной гипертензии. Показано неблагоприятное влияние курения на течение даже умеренной гипертензии. Наконец, курение является независимым фактором риска целого ряда хронических неинфекционных заболеваний.

Самостоятельно отказаться от курения могут далеко не все больные. В настоящее время существует множество методов лечения табакокурения. Обязательным условием успеха их применения является убежденность самого пациента отказаться от этой вредной привычки, в чем немалая роль принадлежит разъяснительным беседам медицинского персонала. Во всех случаях предпочтительнее одномоментный отказ от курения. Именно в этот период пациент нуждается в поддержке, в первую очередь со стороны своего лечащего врача. Врачебное наблюдение требуется в период отказа от курения при любом методе лечения табакокурения (заместительном, вспомогательном и др.) для профилактики и своевременной коррекции возможного абстинентного синдрома. Во всех случаях предпочтительнее одномоментный отказ от курения. Рекомендуется научить пациента элементам аутотренинга с введением специальных формул (“Прекратив курения, я подарил себе 5-6 лет полноценной жизни” и т.д.). Для отказа от курения могут применяться медикаментозные средства.

Отказ от курения является эффективным способом как снижения риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Через 1 год после прекращения курения риск развития ишемической болезни сердца снижается на 50%, а через 10 лет относительный риск смерти от заболеваний сердца у бывшего курильщика наблюдается к таковому у тех, кто никогда не курил.

Рекомендации ВОЗ для отказа от курения: 1) каждый медицинский работник несет ответственность в борьбе с курением сигарет; 2) прекращение курения – не только вопрос профилактики; отказ от курения необходимо рассматривать как одно из назначений врача при лечении пациента с разными заболеваниями; 3) существуют методы, применяя которые медицинские работники могут оказывать помощь курильщику; 4) медицинские работники должны быть примером для пациентов в отказе от курения.

АЛКОГОЛЬ

Результаты ряда эпидемиологических исследований продемонстрировали более низкую смертность от ССЗ у лиц, умеренно потребляющих алкоголь, в сравнении с лицами, вовсе не пьющими или пьющими более чем умеренно. Метаанализ 15 контролируемых клинических исследований (2234 человек) показал, что снижение потребления алкоголя ассоциируется со снижением САД и ДАД в среднем на 3,31 и 2,04 мм рт.ст., соответственно. Эффект зависит от дозы алкоголя и от первоначального уровня АД. В настоящее время считается безопасным потребление ≤ 2 стандартных доз алкогольных напитков в сутки для мужчин и ≤ 1 стандартной дозы в сутки для женщин. Под одной стандартной дозой подразумевается 13,7 г (18 мл) этанола, что приблизительно соответствует 330 мл пива (содержащего ≈ 5 об. % этанола), или 150 мл вина (≈ 12 об. % этанола), или 45 мл крепких напитков (≈ 40 об. % этанола). Следует отметить, что имеется в виду не среднее потребление алкоголя за несколько дней, а именно максимальное безопасное разовое потребление за день.

На данный момент не существует рандомизированных исследований, доказавших пользу потребления умеренных количеств алкоголя в отношении сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Не существует также доказательств, что какой-либо алкогольный напиток имеет преимущества перед другими с точки зрения влияния на сердечно-сосудистую систему (ССС). В этой связи на данный момент нет оснований рекомендовать ранее не употреблявшим алкоголь людям начать потребление малых и умеренных доз алкогольных напитков с целью сердечно-сосудистой профилактики. Напротив, учитывая специфические проблемы российского общества, связанные с высокой распространенностью злоупотребления алкоголем и связанных с этим медико-социальных проблем, особое внимание должно уделяться распространению информации о границах безопасного потребления алкоголя как среди пациентов с ССЗ, так и в здоровой популяции, а также мероприятиям по удержанию фактического потребления в этих пределах.

КОНТРОЛЬ МАССЫ ТЕЛА

Избыточная масса тела возникает, когда энергетическая ценность рациона питания превышает энергетические траты человека. Происходит накопление жира, которое со временем может привести к развитию заболевания – ожирению. Ожирение – обменно-алиментарное хроническое заболевание, которое проявляется избыточным развитием жировой ткани и прогрессирует при естественном течении. Наблюдающиеся при избыточной массе тела удлинение сосудистой сети, повышенная задержка натрия в клетках, увеличение активности симпато-адреналовой и ренин-ангиотензиноподостероновой системы, инсулинорезистентность, выделение биологически активных веществ висцеральной жировой тканью повышают вероятность развития артериальной гипертензии.

Соответствие массы тела надлежащей чаще всего оценивают с помощью индекса массы тела (ИМТ) или индекса Кетле. $ИМТ = \frac{\text{Масса тела(кг)}}{\text{рост}^2(\text{м}^2)}$

С увеличением ИМТ возрастает риск развития сопутствующих заболеваний. При этом риск осложнений, особенно сердечно-сосудистых и метаболических, зависит не только от степени ожирения, но и от его вида (локализации жировых отложений). Наиболее неблагоприятным для здоровья и характерным для мужчин является абдоминальное ожирение, при котором жир откладывается между внутренними органами в области талии. Отложение жира в области бедер и ягодиц, более типичное для женщин, называют глутеофemorальным. Существует простой и достаточно точный способ оценки характера распределения жира – измерение окружности талии. Объем талии измеряется в положении стоя, на середине расстояния между нижним краем грудной клетки и гребнем подвздошной кости по средней подмышечной линии (не по максимальному размеру и не на уровне пупка). Тест объективизирован и коррелирует со степенью накопления жира в интра- и экстраабдоминальном пространстве по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ). Если объем талии ≥ 94 см у мужчин и

≥ 80 см у женщин, диагностируют абдоминальное ожирение, которое является независимым фактором риска ССЗ. Лицам с абдоминальным ожирением рекомендуется активное снижение массы тела.

Снижение калорийности пищевого рациона и создание энергетического дефицита – основной принцип диетологического вмешательства. По степени выраженности энергетического дефицита выделяют диеты с умеренным ограничением калорийности (1200 ккал/сутки) и с очень низкой калорийностью (500–800 ккал/сутки). Последние способствуют более выраженному снижению МТ (1,5–2,5 кг/неделю) по сравнению с диетой с умеренно сниженной калорийностью (0,5–1,4 кг/неделю), но только на начальном этапе лечения. Отдаленные результаты (через 1 год) применения диет с умеренным и с выраженным ограничением калорийности не показали достоверной разницы в снижении массы тела.

Использование диет с очень низкой калорийностью не приводит к формированию навыков рационального питания; отмечается плохая переносимость этих диет, частые побочные явления со стороны ЖКТ, желчнокаменная болезнь, нарушения белкового обмена, электролитного баланса; случаи фибрилляции желудочков сердца и др. Применение диет с умеренным ограничением калорийности (1200 ккал/день) вызывает снижение массы тела через 3–12 месяцев в достаточной степени (в среднем на 8 %). Дефицит энергии при составлении низкокалорийных диет может достигаться за счет снижения потребления как жиров, так и углеводов. Доказано, что применение низкокалорийных диет с ограничением жира и углеводов способствует не только снижению массы тела, но и снижению АД, улучшению липидного профиля. Использование физических тренировок в комплексе с низкокалорийной диетой обеспечивает большее снижение массы тела и препятствуют увеличению веса после окончания низкокалорийной диеты.

Регулярная физическая активность способствует увеличению потери жировой массы, особенно в абдоминальной области, и сохранению безжировой массы, снижению инсулинорезистентности, увеличению скорости метаболизма, позитивным сдвигам в липидном профиле. Психотерапия и поведенческие вмешательства, направленные на коррекцию пищевого поведения пациентов, повышают эффективность диетотерапии и увеличения физической активности.

КОРРЕКЦИЯ СТРЕССА

Крайне сложно избавиться от многообразных стрессов, которые поставляет нам наша жизнь. Основатель учения о стрессе, Ганс Селье, говорил: "Стресс может вызвать как страстный поцелуй, так и пинок под зад!" Очень важно создать спокойный психологический климат дома и на работе, быть оптимистичным и доброжелательным. Избегать состояния хронического переутомления, чередовать занятия умственной и физической работой. Организовать свою жизнь: вести ежедневник, наладить эффективную систему хранения счетов, квитанций, писем и документов.

Необходимо, чтобы сон был не менее 7- 8 часов в сутки. Для улучшения засыпания полезно перед сном спокойно погулять на свежем воздухе, сделать теплую ножную или общую ванну, выпить теплый чай с успокаивающими сборами трав, отказаться от плотного ужина в вечернее время, от телевизионных программ. Наряду с физическими упражнениями, рекомендуются так называемые периоды релаксации или расслабления. Это может быть чтение, прослушивание музыки, дополнительный дневной сон, упражнения с глубоким дыханием, аутогенные тренировки (тренировка дыхания, волевое расслабление мышц, изменение положения тела, концентрация внимания, йога, медитация, гипноз). Применение этих методик один или два раза в неделю снизит уровень веществ, повышающих артериальное давление, что, в конце концов, может привести к снижению систолического артериального давления на 6 и диастолического - на 4 мм рт. ст. Контролируйте свое чувство вины, научитесь проводить различие между оправданными ожиданиями близких и их нереальными требованиями. Научитесь быть чуть-чуть эгоистом: вам следует больше любить себя, думать о себе, быть способным оценить свои хорошие качества.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Опыт зарубежных стран и результаты крупных контролируемых профилактических программ, таких как CINDI, TACIS, в том числе программ проведенных в России, убедительно показывают, что активная пропаганда здорового образа жизни и эффективный контроль факторов риска приводит к значительному снижению частоты новых случаев ССЗ, осложнений и смертей от них. Внедрение эффективных методов профилактики и лечения ССЗ в странах Западной Европы, США, Японии, Австралии, Новой Зеландии позволили за 20 лет снизить кардиоваскулярную смертность в этих странах на 50 % и более. Знаменитый Северокарельский проект (North Karelia Project), начатый в Финляндии в 1972–1978гг в качестве демонстрационного и перенесенный на национальный уровень в виде широкомасштабной государственной комплексной программы профилактики неинфекционных заболеваний, обеспечил в последующие 25 лет существенное снижение числа курящих мужчин (более чем на 20 %) и усредненного уровня холестерина в популяции, 80 % снижение смертности от ССЗ у населения трудоспособного возраста, значимое увеличение продолжительности жизни и улучшение базовых показателей общественного здоровья.

Немедикаментозные мероприятия, направленные на коррекцию факторов риска сердечно-сосудистых осложнений, несмотря на их кажущуюся простоту, очень важны. Их достаточно строгое и постоянное соблюдение в ряде случаев позволяет предупредить появление артериальной гипертонии, замедлить ее прогрессирование, а у некоторых пациентов (к сожалению, не у многих) их бывает достаточно для полной коррекции повышенного артериального давления. Отказ от немедикаментозных мер при наличии лекарственной терапии является ошибочным шагом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. ВНОК. Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике.2011
<http://www.scardio.ru/recommendations/approved00346/default.asp>
2. ВНОК. Национальные рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии. 2010
<http://www.scardio.ru/recommendations/approved000DE/default.asp>
3. Лечение артериальной гипертензии.
<http://emed.nextday.su/razdel/26/619/>
4. Артериальная гипертензия: немедикаментозное лечение
<http://humbio.ru/humbio/har3/0003deaf.htm>
5. Диетический подход к прекращению гипертензии (DASH)
<http://dash.bwh.harvard.edu>.
6. Катаева С.А. Немедикаментозное лечение артериальной гипертензии. <http://gradusnik.ru/>

Врач терапевт Бубенщикова С.Н.