

ИЗМЕНЕНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ – ВАЖНЕЙШЕЕ ЗВЕНО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Шишко В.И., Снитко В.Н., Дедуль В.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

Как известно, артериальная гипертензия (АГ) занимает первое место по причине смертности от заболеваний системы кровообращения [3]. Основная опасность повышенного артериального давления (АД) заключается в том, что оно приводит к быстрому развитию или прогрессированию атеросклеротического процесса, возникновению ишемической болезни сердца (ИБС), инсультов (как геморрагических, так и ишемических), развитию сердечной недостаточности, поражению почек [1, 3]. Согласно рекомендациям АНА/ESC от 2007 г., основной целью лечения пациента с АГ является достижение максимального снижения степени риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности [2]. Это означает, что сейчас для лечения пациентов с АГ недостаточно лишь снижать уровень АД до необходимых цифр, но необходимо воздействовать и на другие факторы риска (ФР).

Цель исследования: дать рекомендации по изменению образа жизни пациентам с АГ.

Материал и методы. Основными ФР артериальной гипертензии являются: возраст старше 50 лет (для мужчины) и старше 65 лет (для женщины), курение, уровень холестерина в крови выше 6,5 ммоль/л, наличие в семейном анамнезе раннего проявления сердечно-сосудистых заболеваний у женщин моложе 65 лет, у мужчин моложе 55 лет) и сахарный диабет. Дополнительными – снижение в крови уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), повышение в крови уровня холестерина липопротеидов низкой плотности и триглицеридов, нарушение толерантности к глюкозе, микроальбуминурия при СД, абдоминальное ожирение (окружность талии ≥ 102 см для мужчин и ≥ 88 см для женщин), малоподвижный образ жизни и многие другие.

Результаты. Всем пациентам АГ должны быть рекомендованы меры по изменению образа жизни.

Эффективными в снижении АД и устранении других ФР и сопутствующих заболеваний являются следующие меры: отказ от курения, снижение массы тела, уменьшение злоупотребления алкоголем, физические нагрузки, уменьшение потребления поваренной соли, увеличение потребления фруктов, овощей при снижении потребления жиров, прежде всего насыщенных.

Использование указанных мер не должно препятствовать применению лекарственной терапии, в частности, у пациентов с высоким риском осложнений.

Обязательным условием образа жизни пациента с АГ является отказ от курения. Никотин является сосудистым ядом, он непосредственно вызывает повышение АД и способствует развитию сердечно-сосудистых осложнений. Отказ от курения является мерой изменения образа жизни, способной предотвращать сердечно-сосудистые осложнения. Несмотря на то, что влияние курения на уровень АД не велико, суммарный риск развития осложнений у курящих пациентов значительно выше по сравнению с некурящими. К тому же, установлено, что никотин влияет на эффективность ряда антигипертензивных средств, в частности, β -адреноблокаторов, устраняя положительные эффекты лечения.

Избыточная масса тела в настоящее время рассматривается как один из основных факторов риска развития АГ. У людей, страдающих ожирением, АГ встречается в 2 раза чаще, чем у лиц с нормальной массой тела. Уменьшение избыточной массы тела способствует снижению АД и благоприятно влияет на сопутствующие ФР: инсулино-резистентность, сахарный диабет, гиперлипидемия, гипертрофия левого желудочка. Отмечается примерное снижение АД на 5-20 мм рт.ст., САД при снижении массы тела на 10 кг. Рекомендуется поддерживать нормальный индекс массы тела, соответствующий 18,5-24,9 кг/м².

Основными условиями снижения массы тела являются ограничение калорийности рациона до 1500-1800 ккал/сутки, режим питания (4-разовый прием пищи с последним приемом пищи за 3-4 часа до сна.) Кроме того, обязательны разгрузочные дни 1-2 раза в неделю (яблочные, творожные, овощные, кисломолочные и другие). В рационе необходимо ограничить жиры животного происхождения, легкоусвояемые углеводы в

соответствии со схемой DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension).

Повышенное потребление калия улучшает действенность антигипертензивной терапии. В качестве источника калия рекомендуются свежие фрукты, овощи, соки, картофель.

Существует несомненная связь между количеством потребляемой соли и уровнем АД. Натрий и вода накапливаются в стенке сосуда, вызывая ее отек и рост общего периферического сопротивления сосудов и повышение АД. Суточная норма потребления соли для пациента с АГ или пациента с нормальным АД, которому грозят другие ФР, составляет не более 5 г, а в возрасте старше 60 лет – 3 г. Уменьшение потребления поваренной соли пациентами с АГ приводит к снижению уровня АД в среднем на 4-6 мм рт.ст. и более при выполнении других диетических рекомендаций, а также усиливает эффективность антигипертензивной терапии.

Гипотензивный эффект гипокалорийной диеты может быть усилен регулярными физическими тренировками. Рекомендуются больным с сидячим образом жизни регулярные, умеренные аэробные физические нагрузки. Ходьба, бег трусцой, плавание по 30-45 минут 3-4 раза в неделю могут снизить АД на 4-8 мм рт.ст. У больных с высокой степенью АГ и риском осложнений физические нагрузки могут рекомендоваться после подбора адекватного медикаментозного лечения по достижении его эффективности.

Необходимо избегать чрезмерного потребления алкоголя. Установлено, что повышенное потребление алкоголя может быть причиной развития АГ у 11% мужчин и 1% женщин. Риск развития мозгового инсульта у пьющих больных с АГ в 3-4 раза выше, чем у непьющих. У гипертоников повышенное употребление алкоголя снижает чувствительность к гипотензивным препаратам, увеличивает риск инсульта. У мужчин с АГ потребление алкоголя в пересчете на количество абсолютного этанола не должно превышать 30 мл, а у женщин – 15 мл. Такие дозы, как правило, не влияют на уровень АД, но могут увеличивать содержание в крови ХС ЛПВП.

Вывод. Все эти методы коррекции ФР обязательны как для профилактики заболевания, так и для лечения пациентов с АГ.

Устранение ФР у пациентов с АГ является обязательным, так как от этого зависит и эффективность гипотензивного медикаментозного лечения, и частота развития осложнений АГ.

Литература

1. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации / С.А. Шальнова [и др.] // РКЖ. - 2006. - № 4. - С. 45-50.
2. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов. Диагностика и лечение артериальной гипертензии // Кардиоваск. тер. и профил. - 2008. - № 7(6). - 32 с.
3. Kannel, W.B. Артериальное давление как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний / W.B. Kannel // JAMA 1996; 275; 24: 1571-76.

ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К ПОТРЕБЛЕНИЮ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ В НЕКОТОРЫХ ПРИГРАНИЧНЫХ РЕГИОНАХ

Шпаков А.А., Войтович О.И., Козловский А.В.

УО «Гродненский государственный университет им. Я. Купалы», Гродно

Употребление психоактивных веществ (ПАВ) и распространение наркомании по своим масштабам, величине экономических, социальных, демографических и нравственных потерь представляет серьезную угрозу стабильности и развитию общества, здоровью и благополучию любой нации, включая и Беларусь [1, 2]. О росте потребления ПАВ среди учащейся молодежи, в том числе и студентов вузов, свидетельствуют результаты социологических опросов, проведенных в 2000-2010 гг. [3, 4]. Однако исследования, проводимые в последние годы в странах Восточной и Центральной Европы [5], показывают, что эта ситуация не везде является основной социальной проблемой. Особое внимание в этой области со стороны Европейского Союза уделяется странам, расположенным вдоль его восточной границы – России, Украине и Беларуси, а также Польше и Литве. Несомненно, особенности наркологических ситуаций в этих странах могут определяться теми или иными факторами и условиями, лежащими в основе их формирования. В этой связи, важным представляется международное сотрудничество в исследовании проблем, связанных с потреблением ПАВ, для более глубокого знания причин их формирования. Сравнение состояния