

Ендотелійвідновна властивість аторвастатину вносить важливий вклад у зменшення важкості перебігу та проявів ішемії у хворих чоловіків на ІХС з АГ на фоні атерогенної дисліпопротеїнемії та СН, що також носить гендерний характер дослідження та на сучасному етапі розвитку медицини є дуже актуальним.

Висновки

1. Застосування аторвастатину призведе до покращення ЕФ за рахунок ЕЗВД у порівнянні з показниками до лікування.
2. Лише початкова добова доза аторвастатину 20 мг має практичне значення, у порівнянні з добовою дозою аторвастатину 10 мг, за рахунок здатності суттєво відновлювати ЕФ, впливаючи на її гуморальний компонент.
3. Ефективність аторвастатину у чоловіків похилого віку хворих на ІХС з АГ на фоні атерогенної дисліпопротеїнемії та СН носить гендерний характер.

Література:

1. Амосова Е. Н., Захарова В. И., Андреев Е. В. Сравнительная оценка факторов сердечно-сосудистого риска, коронарного резерва, функции эндотелия и признаков атеросклероза при коронарном синдроме X и начальном атеросклеротическом поражении коронарных артерий // Серце і судини. – 2007. - №1. - С. 67 - 74.
2. Амосова К. М., Захарова В. И., Ткачук Л. С. Мікросудинна стенокардія: фактори ризику, особливості клінічного перебігу, коронарний резерв, функція ендотелію і вміст кальцію у вінцевих артеріях // Укр. кардіол. журн. - 2005. - №3. - С. 46 - 50.
3. Курята А. В., Егорова Ю. В. Функциональное состояние эндотелия сосудов, уровень инсулина и обмен липидов у больных со стенокардией напряжения: эффективность использования низких доз аторвастатина // Укр. кардиол. журн. - 2005. - №6. – С. 11 - 15
4. Сусеков А. В., Рожкова Т. А., Трипотень М. И. и др. Рандомизированное исследование «Фарватер»: часть II. Эффект аторвастатина на функцию эндотелия, растяжимость и жесткость сосудистой стенки // Кардиоваскул. тер. и профил. – 2007. - №6 (3). - С. 68 – 75.
5. Li D., Mehta J.L. 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A reductase inhibitors protect against oxidized low-density lipoprotein-induced endothelial dysfunction // Endothelium. – 2003. – Vol. 10, № 1. – P. 17 - 21.

УДК 616-005.2

Г. С. Попик, Л. Д. Колобанова, Л. И. Колотвина, Г. В. Корнован, Н. В. Шишкина

ВЛИЯНИЕ МОДИФИКАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Одесский национальный медицинский университет

Реферат. Г. С. Попик, Л. Д. Колобанова, Л. И. Колотвина, Н. В. Шишкина, Г. В. Корнован. **ВЛИЯНИЕ МОДИФИКАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА.** Выполнено исследование по оценке влияния модификации образа жизни на эффективность лечения больных с АГ различной степени тяжести.

© Г. С. Попик, Л. Д. Колобанова, Л. И. Колотвина, Н. В. Шишкина, Г. В. Корнован

Показано, что дозированные физические нагрузки, изменение привычек и традиций в питании в комплексе с медикаментозной гипотензивной терапией улучшают течение заболевания, повышают приверженность пациентов к лечению. Исследование свидетельствует о необходимости более активной работы врачей с пациентами по формированию мотивации к изменению образа жизни.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, артериальное давление, домашнее самомониторирование, офисное артериальное давление, образ жизни

Реферат. Г. С. Попік, Л. Д. Колобанова, Л. І. Колотвіна, Н. В. Шишкіна, Г. В. Корнован. **ВПЛИВ МОДИФІКАЦІЇ СТИЛЮ ЖИТТЯ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.** Виконано дослідження по оцінці впливу модифікації стилю життя на ефективність лікування пацієнтів з АГ різного ступеню важкості. Показано, що дозовані фізичні навантаження, зміна звичок та традицій при харчуванні в комплексі з медикаментозною терапією покращують перебіг захворювання, підвищують бажання пацієнтів до лікування. Дослідження свідчать про необхідність більш активної роботи лікарів з пацієнтами по формуванню мотивацій до змін стилю життя.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, артеріальний тиск, домашнє самомоніторингування, офісний артеріальний тиск, стиль життя

Summary. G. S. Popik, L. D. Kolobanova, L. I. Kolotvina, N. V. Shishkina, G. V. Kornovan. **LIFESTYLE MODIFICATION INFLUENCE ON ARTERIAL HYPERTENSION TREATMENT EFFICACY IN THE PRACTICE OF A FAMILY DOCTOR.** The article presented has been carried out with the aim to determine the influence of lifestyle modification on the efficacy of the patients with various stages of essential hypertension treatment. It was shown that moderate physical activity, food habits modification in combination with hypotensive drug therapy improves the course of the disease, provides the majority of the patient adherence to treatment. The study proves the necessity for active work towards patient education and motivation in their lifestyle modification.

Key words: essential hypertension, blood pressure, self-monitoring, office blood pressure, lifestyle

Актуальность проблемы. Повышенный уровень артериального давления (АД) у больных с артериальной гипертензией (АГ) является одним из основных факторов риска смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди населения. Непосредственная задача при лечении пациентов с АГ – это достижение целевых цифр АД, но основная цель – это уменьшение поражения органов-мишеней и увеличение продолжительности жизни. Известно, что регулярно получают гипотензивную терапию около 23% больных с АГ и только у 18,7% из них поддерживаются целевые цифры АД – ниже 140/90 мм рт. ст. [1,2]. Одной из причин недостаточного контроля АД является отсутствие в комплексной терапии немедикаментозных методов лечения, к которым относится изменение образа жизни. Не только в Украине, но и в других странах рекомендации по изменению образа жизни недостаточно часто используется в клинической практике. Так, по данным исследований в США, советы по изменению питания получают около 35% пациентов, о необходимости повышения физической активности – 26% больных [2,5]. Модификация образа жизни заключается в отказе от курения, нормализации массы тела, ограничении употребления спиртных напитков, усилении физической активности, сокращении потребления пищевой соли, увеличении потребления фруктов и овощей, снижении потребления насыщенных жиров и жира вообще.

Известно, что повышенное употребление пищевой поваренной соли способствует повышению АД, снижает эффективность лечения [1,4]. Убедительно доказано, что уменьшение суточного потребления каменной соли с 10,5 г до 4,7-5,8 г приводит к снижению АД в среднем на 4-6 мм рт.ст. [3,6,7]. Солевой аппетит формируется с раннего детского возраста и поддерживается в семьях сложившимися привычками и традициями в питании. С учетом все возрастающей приверженности населения к употреблению пищевой соли, готовые продукты питания, реализуемые в торговой сети, содержат много соли, в т. ч. хлеб и кондитерские изделия. К продуктам с повышенным содержанием соли (ППСС)

относятся рыбные и мясные консервы, колбасы, твердые сыры, соленья, квашения, соленые орехи, соусы, майонезы. Кроме пищевой соли, источником избытка натрия для организма являются такие натрийсодержащие соединения, как мононатриевый глутамат, бензонат натрия, пропионат натрия, сульфат натрия, гидроксид натрия, фосфат натрия, алгинат натрия, содержащиеся в готовых приправах, консервантах, искусственных красителях, используемые при производстве сыра и некоторых круп быстрого приготовления, печеных продуктов, мороженого, шоколада.

Известно, что диета, включающая много фруктов и овощей и обезжиренных молочных продуктов, с уменьшенным содержанием пищевого холестерина (ХС), насыщенных и всех жиров способствует снижению АД [1,6,7].

В рандомизированных контролируемых исследованиях доказано положительное влияние регулярных продолжительных аэробных физических нагрузок на АД и риск сердечно-сосудистых заболеваний [1,6].

Данные литературы свидетельствуют, что домашнее самомониторирование АД (ДСАД) пациентом более четко коррелирует с поражением органов-мишеней и прогнозом по сравнению с офисным измерением [5,6,8]. ДСАД удобнее для пациента, более достоверно а также повышает приверженность больного к регулярному приему медикаментов. Однако большинство пациентов измеряет АД только при ухудшении самочувствия.

Цель исследования

Показать эффективность влияния изменения образа жизни на эффективность лечения пациентов с АД, повысить приверженность пациентов к модификации образа жизни, к регулярному приему медикаментов и домашнему контролю АД. Разработать конкретные рекомендации для семейных врачей по модификации образа жизни при АГ и методам формирования мотивации у пациентов.

Материалы и методы

Для исследования были приглашены пациенты из трех поликлиник города. В исследование включено 80 больных с АГ, обследованных в соответствии с утвержденными в Украине нормативными документами согласно критериям ВОЗ, пожелавших изменить свой образ жизни. 56 (70%) пациентов составили женщины, 24(30%) - мужчины. Средний возраст больных – $58,9 \pm 1,2$ лет (от 34 до 72 лет). По уровню АД больные были разделены на три группы: 1-ю группу составили 26 пациентов с АГ I степени (АД 140 -159/90 – 99 мм рт.ст.), во 2-ю группу вошли 29 пациентов с АГ II степени (АД 160 -179/100 – 109 мм рт.ст.); 3-ю группу составили 25 пациентов с тяжелой АГ III степени (АД $\geq 180/110$ мм рт.ст.) по классификации ВОЗ. Из исследования были исключены пациенты с сахарным диабетом, с почечной недостаточностью, после ОНМК.

Все больные до исследования прошли анкетный опрос на предмет контроля уровня АД, осведомленности о необходимости модификации ими образа жизни, предрасположенности к лечению. Исследование продолжалось в течение двух месяцев: 1-й этап продолжался 2 недели, 2-й и 4-й этапы – по 1-й неделе, 4-й этап – 4 недели. Весь период исследования каждый пациент вел дневник, в котором фиксировались данные ДСАД. Пациенты измеряли АД три раза в день: в 7.00, 12.00, 19.00 часов (± 1 час). Все пациенты были обучены правильной методике измерения АД и проинструктированы о необходимости измерять АД трижды с промежутком в две минуты и записывать в дневник среднее значение. Каждый пациент получил письменную инструкцию о правилах регистрации АД. Офисное измерение АД (ОАД) проводилось нами три раза в неделю перед началом лекции по модификации образа жизни с 17.00 до 18.00. После создания базы данных рассчитывалось среднее систолическое (САДс) и диастолическое (ДАДс) артериальное давление.

На первом этапе исследования для более достоверного анализа характера питания пациенты в течение двух недель вели дневник питания, в котором регистрировали время приема любой пищи, количество и состав блюд, метод приготовления, количество жира и добавляемой в блюда соли, количество выпиваемой воды и других напитков. Исследование пациентов проводилось на фоне гипотензивной терапии, назначенной лечащим врачом поликлиники. Каждый пациент 2-й и 3-й групп ежедневно получал не менее двух гипотензивных препаратов (ИАПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина, блокаторы

кальциевых каналов, мочегонные). Больным 1-й группы проводилась монотерапия одним из гипотензивных препаратов.

На втором этапе исследования всем больным было предложено уменьшить количество соли (добавляемой в пищу при приготовлении и при досаливании готовых блюд) до половины чайной ложки (ч.л.) в сутки без «горки» (2,5 – 3,0 г в сутки при условии стандартного объема ч.л. 5 мл); исключить ППСС: квашения (капусту, огурцы, помидоры и др.), соленую рыбу, рыбные и мясные консервы, твердые сыры, колбасы, магазинные приправы, майонезы. Разрешались мясо и рыба без видимого жира, молочные продукты с пониженным содержанием жира, яйца, злаковые, орехи, бобовые. Разрешалось 2-3 столовые ложки очищенного жира (270-405 ккал) в день в зависимости от суточного количества жира. Доля общего жира в суточном рационе с учетом всех продуктов должна была составлять 25% - 30% от общего количества калорий. Всем пациентам было предложено ежедневно употреблять не менее двух стаканов нарезанных свежих фруктов и двух стаканов нарезанных сырых овощей. Пациентам разрешили употреблять кондитерские изделия только домашнего приготовления.

Третий этап исследования заключался в исследовании сочетанного влияния на АД соблюдения диеты и физической активности (ежедневная 30-ти минутная ходьба и гимнастика в течение 20 минут). Комплексу лечебной гимнастики больные обучались 3 раза в неделю после лекции по модификации образа жизни.

На первом этапе в течение двух недель пациентов подготавливали к изменениям в питании. С этой целью были прочитаны лекции, разъясняющие причины повышения АД, влияние повышенного АД на организм, роль избытка поваренной соли и дефицита фруктов и овощей в питании на АД, необходимость контролировать количество жиров в питании, ответственность пациентов за свое здоровье, эффективность модификации образа жизни для нормализации АД и снижения риска сердечно-сосудистых осложнений. На последующих этапах пациентам объяснялось влияние на АД адекватной физической нагрузки, отказа от курения, ограничения употребления спиртных напитков, снижения массы тела и правильного отдыха.

Статистическую обработку результатов проводили после создания компьютерной базы данных в системе Microsoft Excel и Access. Достоверность различий средних величин оценивали при помощи t-критерия Стьюдента. Количественные данные в работе представлены в виде $M \pm m$.

Результаты

Исследование проводилось в феврале-марте месяце. На основании опроса – трое пациентов с АГ I степени принимали медикаменты только при плохом самочувствии, когда повышалось АД, хотя получили предписание врачей о ежедневном приеме препаратов. Все другие пациенты 77 (96,3%) получали ежедневную терапию. Только 14 (17,5%) больных были информированы о целевых цифрах АД. Ежедневно измеряли АД 21 (26,3%) пациент из 80, остальные – при появлении симптомов повышения АД. У 24(30%) пациентов отмечались гипертонические кризы в течение последнего месяца. 22(27,5%) пациента прошли стационарное лечение в течение последнего года.

Из 80 пациентов курили до начала исследования – 4 (5%). Никто из 80 больных, с их слов, не употреблял более 20 г чистого этанола в день. На основании исследования дневников питания – 29(36,3%) больных использовали более 3-х ч.л. пищевой соли (без «горки») в сутки для приготовления пищи и добавления в готовые блюда, 38(47,5%) – использовали с той же целью от 1-й до 2-х ч. л. соли в день, остальные 13 (16,2 %) – до 1-й ч.л. соли. Кроме этого все 80 пациентов ежедневно употребляли ППСС, особенно квашения и соленья. Только 29 (36,2%) пациентов ежедневно употребляли в небольшом количестве сырые фрукты или овощи. При осмотре выявлены: избыточная масса тела (ИМТ 25-29,9%) у 43 (53,8%), пациентов ожирение 1-й степени (ИМТ 30-34,9%) - у 22 (27,5%) пациентов, ожирение 2-й степени – у 4 (5%) пациентов. Таким образом, нормальная масса тела отмечалась у 11 (13,8%) пациентов. Выявлено повышенное потребление жира в питании у всех пациентов. Так, употребление очищенного жира (растительное и сливочное масло) по всей группе составляло от 5 до 7 столовых ложек (ст. л.) в день, средняя энергетическая ценность этого жира в суточном рационе составила $875,9 \pm 68,7$ ккал. Суточная доля только очищенного жира составила более 30% при норме от 25-30% общего жира по отношению к белкам и углеводам.

На основании контроля АД на 1-м этапе исследования было выявлено, что АД <140/90 мм. рт. ст. наблюдалось у 5(19,2%) пациентов 1-й группы, у 6 (20,7%) – 2-й группы и 5 (20%) – из 3-й группы по данным офисного измерения в 17 часов. Однако среди этих больных с контролируемой АГ по данным офисного исследования у 6 пациентов при ДСАД отмечались утренние подъемы АД, значительно превышающие 140/90 мм. рт. ст. Кроме этого, у 9 (11,3%) пациентов (4 - из 1-й группы, 3 - из 2-й группы, 2 – из 3-й группы) при офисном контроле отмечался эффект «белого халата» (АД>140/90 мм. рт. ст.), при ДСАД у этих пациентов дневные колебания АД не превышали 140/90 мм рт.ст.. Таким образом, контролируемость АГ по всей группе составила всего у 15 (18,8%), а ДСАД оказалось более эффективным методом контроля по сравнению с офисным.

Таблица 1

Показатели офисного измерения АД и домашнего самомониторирования до изменения образа жизни (1-й этап)

| Показатель | 1-я группа (n =26) | 2-я группа (n = 29) | 3-я группа (n = 25) |
|-----------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|
| Офисное: | | | |
| - САДс мм рт.ст. | 147,7 ± 2,5** | 157,8 ± 3,2** | 176,9 ± 3,9** |
| -ДАДс мм рт.ст. | 92,1 ± 2,7** | 99,6 ± 2,3* | 106,5 ± 2,8* |
| - Вар. САДс мм рт.ст. | 12,4 ± 1,4* | 13,1 ± 2,8* | 13,3 ± 1,8* |
| - Вар ДАДс мм рт.ст. | 12,2 ± 1,3* | 11,2 ± 1,6* | 11,7 ± 1,7* |
| Домашнее: | | | |
| - САДс мм рт.ст. | 142,1 ± 2,8** | 149,5 ± 2,4** | 168,2 ± 2,1** |
| - ДАДс мм рт.ст. | 86,5 ± 1,9** | 93,3 ± 1,5** | 101,3 ± 1,9** |
| - Вар. САДс мм рт.ст. | 12,6 ± 1,3** | 12,4 ± 1,1** | 10,1 ± 1,2** |
| - Вар. ДАДс мм рт.ст. | 10,8 ± 1,0* | 9,7 ± 0,8** | 10,3 ± 0,9* |

Примечание: достоверность разницы показателей на этапе исследования офисного измерения АД и ДСАД: * - P < 0,05; ** - P < 0,01.

Результаты уровня АД в офисе и в домашних условиях до изменения образа жизни отражены в табл.1. Достоверность САДс при офисном контроле и ДСАД одинаково достоверны во всех группах (P < 0,01). ДАДс при ДСАД более достоверно, чем офисное (P < 0,01) во всех группах. Вариабельность САДс при ДСАД более достоверна (P < 0,01) во всех группах по сравнению с офисным контролем (P < 0,05).

После уменьшения в питании соли и жиров отмечалось достоверное снижение АД (табл. 2) во всех группах больных.

Таблица 2

Показатели офисного измерения АД и домашнего самомониторирования на 2-м этапе исследования

| Показатель | 1-я группа (n =26) | 2-я группа (n = 29) | 3-я группа (n = 25) |
|-----------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|
| Офисное: | | | |
| - САДс мм рт.ст. | 140,6 ± 2,3** | 146,9 ± 2,9** | 165,6 ± 3,0** |
| -ДАДс мм рт.ст. | 86,8 ± 2,1* | 93,6 ± 2,1** | 99,5 ± 2,4** |
| - Вар. САДс мм рт.ст. | 12,7 ± 1,2* | 13,8 ± 1,7** | 10,2 ± 1,7** |
| - Вар ДАДс мм рт.ст. | 9,8 ± 1,1* | 10,7 ± 1,5* | 8,6 ± 0,5** |
| Домашнее: | | | |
| - САДс мм рт.ст. | 130,2 ± 2,5*** | 139,6 ± 2,3** | 154,4 ± 2,6*** |
| - ДАДс мм рт.ст. | 80,4 ± 1,7*** | 87,4 ± 1,8** | 94,7 ± 1,9*** |
| - Вар. САДс мм рт.ст. | 13,6 ± 1,3*** | 12,5 ± 1,2** | 10,3 ± 0,8*** |
| - Вар. ДАДс мм рт.ст. | 12,3 ± 0,9*** | 11,2 ± 0,6** | 9,4 ± 0,9*** |

Примечание: достоверность разницы на этапе исследования после назначения диеты: * - P < 0,05; ** - P < 0,01; *** - P < 0,001.

Так, офисный контроль показал снижение САДс на 7,1 мм рт.ст. в 1-й группе, на 10,9 мм рт.ст. во 2-й группе и на 11,3 мм рт.ст. в 3-й группе ($P < 0,01$). Динамика САДс при ДСАД более значительная и достоверная в 1-й и 3-й группах ($P < 0,001$) и составляет соответственно 11,9 и 13,8 мм рт.ст. Отмечалось также достоверное снижение ДАДс при контроле в офисе и дома с более достоверным снижением при ДСАД ($P < 0,001$) в 1-й и 3-й группах соответственно на 5,1 и 6,6 мм рт.ст.

На 3-м этапе исследования (диета и физические нагрузки) выявлена следующая динамика офисного АД (табл. 3): САДс в 1-й группе уменьшилось на 8,2 мм рт.ст., во 2-й группе – на 8,1 мм рт.ст., в 3-й группе – на 14,9 мм рт.ст. ($P < 0,01$). Достоверно ($P < 0,01$) снизилось и ДАДс. У 8 (10%) пациентов (2-х пациентов из 1-й группы, у 3-х – из 2-й группы, у 3-х – из 3-й группы) не отмечалось достоверного снижения АД на фоне диеты в течение недели. У этих пациентов можно предположить натрий независимую АГ, однако на следующем этапе исследования при сочетании диеты и достаточных физических нагрузок у них отмечалось достоверное снижение АД. Третий этап исследования показал достоверное ($P < 0,01$) снижение АД при ДСАД во всех группах: при офисном контроле САДс в 1-й группе – на 4,7 мм рт. ст., во 2-й группе – на 5,9 мм рт.ст., в 3-й группе – на 11,6 мм рт.ст. ($p < 0,001$), ДАДс изменялось соответственно в 1-й группе уменьшилось на 6,1 мм рт.ст., во 2-й группе – на 5,7 мм рт.ст., в 3-й группе – на 6,4 мм рт.ст. с $p < 0,02$ в трех группах. ДАДс на 3-м этапе наиболее достоверно ($p < 0,001$) снизилось у пациентов с тяжелой АГ – на 6,0 мм рт.ст.

Таблица 3

Показатели офисного измерения АД и домашнего самомониторирования на 3-м этапе исследования

| Показатель | 1-я группа (n =26) | 2-я группа (n = 29) | 3-я группа (n = 25) |
|-----------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|
| Офисное: | | | |
| - САДс мм рт.ст. | 132,4 ± 2,7** | 137,8 ± 2,5** | 148,7 ± 2,8** |
| - ДАДс мм рт.ст. | 80,7 ± 2,2** | 87,9 ± 1,9* | 91,1 ± 2,1** |
| - Вар. САДс мм рт.ст. | 9,7 ± 1,4** | 12,4 ± 1,6** | 9,8 ± 0,9** |
| - Вар. ДАДс мм рт.ст. | 9,1 ± 0,8* | 11,2 ± 0,9* | 7,6 ± 0,7** |
| Домашнее: | | | |
| - САДс мм рт.ст. | 125,5 ± 2,0** | 133,7 ± 2,1** | 141,8 ± 1,9*** |
| - ДАДс мм рт.ст. | 77,5 ± 1,9* | 83,5 ± 1,8** | 88,7 ± 1,7*** |
| - Вар. САДс мм рт.ст. | 8,2 ± 0,9*** | 8,5 ± 1,1** | 8,8 ± 0,8*** |
| - Вар. ДАДс мм рт.ст. | 8,7 ± 0,6* | 12,3 ± 0,8** | 9,5 ± 0,5 *** |

Примечание: достоверность разницы на этапе исследования после назначения диеты и физической нагрузки: * - $P < 0,02$; ** - $P < 0,01$; *** - $P < 0,001$.

Изменение образа жизни значительно увеличило количество пациентов с целевым уровнем АД до 140/90 мм рт. ст до 78,8% (22 из 1-й группы, 23 из 2-й группы, 18 из 3-й группы). В результате диеты с ограничением соли и жира в течение двух недель нами отмечено снижение массы тела: у пациентов с избыточной массой тела - в среднем на 1,75±0,33 кг, у пациентов с ожирением 1-й ст. – на 2,17±0,41 кг, у пациентов с ожирением 2-й ст. – на 2,94±0,58 кг.

Выводы

1. Пациентам с АГ на этапе подбора эффективной гипотензивной терапии необходимо проводить домашний мониторинг АД. Это позволит выявлять суточные колебания АД и соответственно распределять прием медикаментов, повысит ответственность пациентов за результаты лечения. Всех пациентов необходимо информировать о целевых цифрах АД.

2. Модификация образа жизни – обязательная часть комплексного лечения больных с АГ. Каждый пациент должен получать конкретные рекомендации по ограничению пищевой соли в питании, возможностях повышения вкусовых качеств пищи при

ограничении соли, организации питания с ограничением общего количества жира и животных жиров, возможностях восполнения дефицита фруктов и овощей в зимнее время.

3. Семейным врачам и участковым терапевтам необходимо давать рекомендации пациентам по индивидуальному дозированию физических нагрузок при АГ и сердечно-сосудистых заболеваниях.

4. Модификация образа жизни значительно повышает эффективность медикаментозной терапии, снижает риск сердечно-сосудистых осложнений

Литература

1. Горбась І. М. Контроль артеріальної гіпертензії серед населення: стан проблеми за даними епідеміологічних досліджень // Укр. кардіол. журнал. — 2007. — № 2. — С. 21 - 26.

2. Коваленко В. М., Лутай М. І., Свищенко Є. П., Сіренко Ю. М., Смирнова І. П. Рекомендації Українського товариства кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії.—К.: Віпол, 2001. — 54 с.

3. Bing R. F., Thurston H., Swales J. D. Salt intake and diuretic treatment of hypertension // Lancet. — 2000. — Vol. 314. — P. 121-123.

4. Bragulat E., De La Sierra A., Antonio M.T. et al. Endothelial dysfunction in salt sensitive hypertension // Hypertension. — 2001. — Vol. 37. — P. 444 - 448.

5. Chatellier G., Genes N., Clerson P. et. al. Home blood pressure measurement has a better prognostic value than office blood pressure results of the SMBPHEAF study (Self Measurement of Blood Pressure at Home in the Elderly Assessment and Follow-Up) // J. Hypertens. — 2003. — Vol. 21. — P. 89.

6. 2007 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for management of arterial hypertension // J. Hypertension. — 2007. — Vol. 25. — P. 1105 - 1187.

7. Hooper L., Bartlett C., Davey Smith G., Ebrahim S. Systematic review of long term effects of advice to reduce dietary salt in adults // BMJ. — 2002. — Vol. 325. — P. 628 - 636.

8. Parati G., Pickering T.G. Home blood-pressure monitoring: US and European consensus // Lancet. — 2009. — Vol. 373. — P. 876 - 878.