

мы сохранения и укрепления здоровья молодежи Сибирского региона: сб. науч. тр. - Иркутск, 2006. - С. 115-117.

8. Нароган М.В., Яцык Г.В., Сюткина Е.В., Масалов А.В., Малкова И.И. Спектральный и спектрально-временной анализ сердечного ритма у новорожденных детей // Физиология человека. - 2007. - Т.33, №4. - С.58-66.

Тұжырым

Мақалада 128 жетіліп туған нәрестелер зерттелді. 1-ші топтағы нәрестелерде барлық басқару контурлары қосылған, бірақ қыртыс үсті құрылымның белсенділігінің күшеюіне байланысты жүрек ырғағының басқаруының дисбалансы байқалған. 2-ші топтағы нәрестелерде автономды контурдың реттелуі төмендеуі, 1 деңгейдегі баяу толқындарының белсенділігінің басымдылығымен байланысты.

Түйінді сөздер: нәресте, гипоксия, кардиоинтервалография

Summary

128 full-term newborns were examined. There is a disbalance in the regulation of heart rhythm control for account of intensification of activity of the high centers of regulation i.e. the organism is on the limit of the adaptation break at children of the 1-st group. In the 2-nd group the decrease of tension in the autonomic centre of regulation is caused by changing of the vegetative balance with possession of activity of the slow waves of the 1-st order.

Key words: newborns, hypoxia, cardiointervalgraphy

УДК 616.12-008.124.3

РОЛЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Ж.М. Касенов

КГКП «Поликлиника №2», г. Караганды

В статье представлены виды немедикаментозной терапии артериальной гипертонии. Подчеркивается важность проведения немедикаментозных методов лечения не зависимо от степени и группы риска артериальной гипертонии.

Ключевые слова: артериальная гипертония, группы риска, профилактика

Оптимизация методов борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями – одна из самых насущных и неотложных проблем для современной медицины. Данные международного проекта «Мониторирование сердечно-сосудистых заболеваний (MONICA)», 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. Также анализ результатов многочисленных эпидемиологических исследований показал, что повышенные уровни артериального давления (АД), несомненно являются одним из ведущих факторов риска коронарной болезни сердца (КБС) и инсультов. Ситуация усугубляется очень большой распространенностью артериальной гипертензии (АГ). Даже по мягким критериям (повышение АД до 160/95 и выше) 20-25% взрослого населения подвержено АГ. К тому же большая часть больных АГ не обеспечена адекватной антигипертензивной терапией [1-3]. 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 (ВОЗ), 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 органических поражений, сама имеет факторы риска. Немедикаментозная терапия артериальной гипертензии (АГ) должна начинаться с модификации образа жизни пациента. Это сводится к диетической коррекции, коррекции двигательной активности, сокращению потребления алкоголя и отказу от курения [4,5].

Цель исследования. Изучение применения немедикаментозных методов лечения АГ в работе врача общей практики в КГКП Поликлиника №2 г. Караганды.

Материалы и методы. Изучены 120 амбулаторных карт больных, страдающих АГ и состоящих на диспансерном учете, наблюдавшихся в 2009 году. При верификации диагноза, стратификации рисков, диагностике и лечении больных АГ основывались на данных «Клинического руководства по оказанию медицинской помощи больным артериальной гипертензией на уровне ПМСП» [2] и согласно протоколам диагностики и лечения (Приказ МЗ РК № 764 от 28.12.2007г. «Об утверждении протоколов диагностики и лечения заболеваний»).

Результаты исследования. По результатам исследования у 65 пациентов диагностирована 1 (мягкая) степень артериальной гипертензии, из них мужчины в возрасте от 22 до 50 лет составили 48 человек, женщин в возрасте от 38 до 65 лет 17 человек. 2 (умеренная) степень диагностирована у 47 пациентов, из них мужчин в возрасте от 32 до 61 лет – 16, женщин в возрасте от 30 до 68 лет - 31. У 8 женщин в

возрасте от 42 до 66 лет выявлена 3 (тяжелая) степень артериальной гипертонии. Для количественной оценки прогноза проведена стратификация факторов риска АГ. Больным АГ 2 (уровень АД – 160-169/100-109 мм.рт.ст.) и 3 (уровень АД – >180/>110 мм.рт.ст.) степени назначена медикаментозная и немедикаментозная терапия. Больным с мягкой артериальной гипертонией (уровень АД – 140-159/90-99 мм.рт.ст.), с низким риском рекомендовано изменение образа жизни и немедикаментозная терапия в течении года, при неэффективности назначалась медикаментозная терапия. Больным с мягкой артериальной гипертонией, со средним риском рекомендовано изменение образа жизни и немедикаментозная терапия в течении полугода, при неэффективности назначалась медикаментозная терапия. Основная задача немедикаментозной терапии направлена на снижение АД, уменьшение потребности в антигипертензивных средствах и усиление их эффекта, первичную профилактику АГ и ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний на популяционном уровне. Немедикаментозную программу лечения следует рекомендовать всем пациентам, независимо от категории риска и медикаментозной терапии. Разумный образ жизни, рекомендуемый всеми клиницистами, включает: ограничение потребления соли, снижение потребления алкоголя, нормализацию веса тела при ожирении, отказ от курения, уменьшение потребления насыщенных жиров. Этого можно достигнуть сокращением потребления животного жира в виде сливочного масла, сметаны, жирных сортов сыра и других молочных натуральных (несатурированных) продуктов. В данных австралийских исследователей [6], отмечено, что пациенты, перешедшие на чисто вегетарианскую диету, вполне успешно лечат мягкую гипертонию, хотя очевидно, что хороший терапевтический эффект у данной группы больных можно связать и с адекватным потреблением ионов калия. Во многих работах приводятся данные о том, что снижение веса при ожирении приводит и к снижению АД, причем чаще всего в соотношении 1 мм рт. ст./1 кг [6] дают обзор исследований по влиянию коррекции веса на уровень АД. В большинстве приведенных исследований указывалось на благоприятное антигипертензивное действие похудения у лиц с ожирением и гипертонией. На это указывает и обзорная работа [7]. Взаимоотношения между курением сигарет и АГ достаточно сложны. Самое важное в этом вопросе то, что курение, как и гипертония, являются независимыми факторами риска ИБС и в целом сердечно-сосудистых (органных) заболеваний. Оба эти фактора усугубляют риск у лиц с дислипотеидемиями. В этом вопросе все эпидемиологи, изучающие неинфекционные хронические заболевания, едины. В 1989 г. Shinton R. и Beevers G. [8] опубликовали метаанализ исследований роли курения в возникновении инсультов, и пришли к выводу, что и это органное поражение, ассоциированное с АГ, чаще отмечается у курильщиков. Vloxxham C.A., Beevers D.G. и Walker J.M. [9] считают, что выгода от прекращения курения превосходит даже выгоду от лекарственной терапии мягкой гипертонии. Те же авторы отметили уже прямую связь курения с развитием злокачественной формы АГ, характеризующейся помимо очень высокого АД поражением сетчатки (геморрагии, «ватные пят-

на», в некоторых случаях отек сосочка). Любые физические упражнения у лиц с мягкой и умеренной АГ способствуют повышению физической работоспособности. Самое же главное, что упражнения, направленные на тренировку выносливости, в частности бег и быстрая ходьба, приводят к заметному антигипертензивному эффекту. Следует предложить программу постепенного, под врачебным контролем, увеличения физической активности. Молодым гипертоникам с уровнями АД не выше 180/105 мм рт. ст. и без ожирения можно рекомендовать регулярные (лучше всего ежедневные) физические упражнения, тренирующие выносливость. Как правило, выполнение такой рекомендации приводит к резкому сокращению количества антигипертензивных препаратов, уменьшению их суточной дозы и даже к возможности их полной отмены на длительный срок (несколько лет). Такой подход не должен заменяться периодическими (скажем, 1 - 3 раза в неделю), но значительными нагрузками.

Таким образом, все названные методы применяются в виде курсов и безусловно могут на определенных этапах уменьшить риск осложнений АГ, в том числе и поражения органов-мишеней. Но терапия артериальной гипертензии должна проводиться постоянно, то есть всю оставшуюся жизнь. Поэтому обязательна именно коррекция образа жизни, а при необходимости адекватная медикаментозная коррекция уровней АД.

Литература

1. Бритов А.Н. Роль немедикаментозных подходов в профилактике артериальной гипертензии // Лечащий врач. – 2008. - № 2. - С. 22-25.
2. Клиническое руководство по оказанию медицинской помощи больным с АГ на уровне ПМСП / под ред. д.м.н., профессора А.К. Джусипова, д.м.н., профессора А.Е. Гуляева, д.м.н., профессора К.А. Алихановой. – Алматы, Versalex, 2004. – 191 с.
3. Куделькина Н.А., Дума С.Н. Информированность практических врачей поликлинического звена в области профилактики хронических неинфекционных заболеваний и общих для них факторов риска // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 1999. - № 4. - С. 15-21.
4. Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: возможности практического здравоохранения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2002. - № 1. - С. 5-10.
5. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Сырцова Л.Е. и др. Организация и координация работы по профилактике заболеваний и укреплению здоровья в системе первичной медико-санитарной помощи (организационно-функциональная модель) // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2002. - № 3. - С. 3-8.

6. Margetts B.M., Beilin L. J., Vandongen R., Armstrong B.K. Vegetarian diet in mild hypertension: a randomised controlled trial // Br Med J (Clin Res Ed). – 1986. – N 293. – P.1468-1471.

7. Staessen J., Amery A., Fagard R. Editorial review: isolated systolic hypertension in the elderly // J. Hypertens. – 1990. – N 8. – P. 393-405.

8. Shinton R., Beevers G. Meta-analysis of relation between cigarette smoking and stroke // BMJ. – 1989. – V.298. – P. 789-794.

9. Bloxham C.A., Beevers D.G. & Walker J.M. Malignant hypertension and cigarette smoking // British medical journal. – 1979. – N 1. – P. 581.

Тұжырым

Мақалада артериалды гипертонияның алдын-алуда дәрі-дәрмексіз емдеу әдістерінің түрлері қарастырылған. Артериалды гипертониялы науқастарды емдеуде дәрі-дәрмексіз емдеу әдістерін аурудың дәрежесіне және қауіп-қатер топтарына қарамай қолдану қажет.

Түйінді сөздер: артериалдық гипертония, сұраунама, қауіп-қатер топтары, алдын-алу

Summary

In article kinds of not medicamentous therapy of an arterial hypertension are presented. Importance of carrying out of not medicamentous methods of treatment is underlined is not dependent on degree and group of risk of an arterial hypertension.

Key words: an arterial hypertension, risk groups, preventive maintenance

УДК 616.832-07-08(574)

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ ИНСУЛЬТЫ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ (ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ)

С.Н. Катели

Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда

Инсульт занимает второе место среди причин смертности в Республике Казахстан. Менее благоприятные функциональные исходы у перенесших инсульт в пожилом и старческом возрасте объясняются наличием нескольких соматических заболеваний в прединсультном периоде (атеросклероз, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, транзиторные ишемические атаки).

Ключевые слова: инсульт, пожилые люди, головной мозг, заболеваемость