

УДК 616.1.-085.874.24:616.8-072.8

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ МЕТОДАМИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ. РОЛЬ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Уракова Т.Ю., Даутов Ю.Ю., Лысенков С.П., Лысенкова Н.С., Тхакушинов Р.А.

*Центр Здоровья, Майкоп, Россия*

**Анализ результатов комплексной реабилитации 153 больных с артериальной гипертонией I стадии в отдаленном периоде (спустя 3 года) показал высокую эффективность разгрузочно-диетической терапии с полным «влажным» голоданием в течение 10-15 дней и групповой психокоррекции. Продолжительность курса составила 19-21 день. Стойкие результаты удалось получить у 89% пациента, которые участвовали в этой программе. Целесообразно включать РДТ и психокоррекцию в комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий.**

**Ключевые слова:** артериальная гипертония, разгрузочно-диетическая терапия, ожирение

### **Введение**

Артериальная гипертония является наиболее распространенным заболеванием сердечно-сосудистой системы [1,2]. Повышенное артериальное давление предрасполагает к развитию таких грозных осложнений как инфаркт миокарда и мозговой инсульт [3]. Важное значение на современном этапе придается профилактическим мероприятиям, а также немедикаментозным методам коррекции повышенного артериального давления. В качестве такого эффективного средства отдельными энтузиастами используется разгрузочно-диетическая терапия (РДТ), либо лечебное голодание [4,5]. Отсроченные реакции терапии исследовались лишь спустя 6 месяцев после проведения курса РДТ [5]. В то же время объективной оценки эффективности РДТ в отдаленном периоде в литературе мы не обнаружили.

### **Цель исследования.**

В данной работе была поставлена цель оценить эффективность РДТ у пациентов с гипертонией I –ой стадии в отдаленном периоде.

### **Материал и методы исследования.**

Под наблюдением находилось 153 пациента с артериальной гипертонией I степени (по классификации ВОЗ). Пациенты получали трехнедельную РДТ в сочета-

нии с ежедневной групповой психокоррекцией. Курс РДТ продолжался 19-21 день, включая полную пищевую депривацию в течение 10-15 дней. На начальных этапах лечения пациенты продолжали получать медикаментозное лечение с последующей его отменой. Исследование центральной гемодинамики осуществлялось методом тетраполярной грудной реографии (ТГР) в модификации Ю. Т. Пушкарь с соавторами [7] приборами РПГ-2-02 и 6-НЕК (скорость движения бумаги 50 мм/с) синхронно с ЭКГ во втором стандартном отведении. Показатели центральной и периферической гемодинамики вычисляли по общепринятой методике с выделением типов гемоциркуляции. Определяли показатели: систолического артериального давления АДс (мм рт.ст.), диастолического артериального давления – АДд (мм рт.ст.), среднего артериального давления-АДср (мм рт.ст.), частоту сердечных сокращений-ЧСС (уд/мин), ударный индекс сердца –УИ(мл/м<sup>2</sup>), сердечный индекс-СИ (л/мин/м<sup>2</sup>), удельное периферическое сопротивление –УПС (дин. \*с \*см<sup>-5</sup>/м<sup>2</sup>). Типы гемоциркуляции определяли по величине сердечного индекса (СИ, л/мин/м<sup>2</sup>). Так, эукинетическим считали СИ=3,42±0,05 л/мин/м<sup>2</sup> с колебаниями средней арифметической величины от 2,79 до 4,27 л/мин/м<sup>2</sup>; гипокинетическим - при

меньших величинах (СИ $<2,79\pm 0,07$  л/мин/м<sup>2</sup>); гиперкинетическим - при больших значениях (СИ  $>4,27\pm 0,08$  л/мин/м<sup>2</sup>).

Из числа, получавших комплексную реабилитацию в условиях стационара, в амбулаторных условиях продолжали выполнять программу реабилитации 153 человека с АГ I степени, которые подвергались динамическому наблюдению в течение 3-х лет. Исследование у них гемодинамических данных показало, что гиперкинетический тип гемодинамики имели 64 (41,8%), эукинетический – 59 (38,6%), ги-

покинетический – 30 (19,6%) человек. Полученный цифровой материал обработан методом вариационной статистики с использованием критерия t-Стьюдента.

#### Полученные результаты и их обсуждение

Анализ состояния гемодинамики без учета ее типа в период выполнения комплексной реабилитации показал (таблица 1), что вместе с достоверным снижением АД отмечено снижение УИ на 17,0 % (p<0,003), СИ – на 16,4 % (p<0,01), ЧСС при этом увеличилась на 7,8% (p<0,01).

Таблица 1.

Гемодинамические показатели через три года после комплексной реабилитации у больных с артериальной гипертонией

Типы ГД	ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ							
		АДс, мм рт.ст.	АДд, мм рт.ст.	АДср, мм рт.ст.	ЧСС, уд/мин	УИ, мл/м <sup>2</sup>	СИ, л/мин/м <sup>2</sup>	УПС, дин. *с *см <sup>-5</sup> /м <sup>2</sup>
Без учета типа ГД n=153	1	142,5±0,91	86,00±0,62	104,9±0,49	73,5±1,46	56,22±0,3	4,1±0,21	799±73
	2	125,9±1,5	78,67±0,96	94,39±0,39	79,2±1,51	46,71±0,6	3,7±0,17	782±56
	Р	<0,001	<0,001	<0,001	<0,01	<0,003	<0,01	>0,1
	%	-11,7	-8,5	-10,0	+7,8	-17,0	-16,4	-2,5
	Δ	-16,7	-7,3	-10,5	+5,7	-9,5	-0,73	-19,7
Гиперкин. тип ГД n=54	1	142,2±1,40	85,83±0,98	104,6±0,76	75,6±2,32	69,98±0,7	5,21±0,15	463±34
	2	125,9±1,10	78,58±0,96	94,36±0,22	79,7±2,88	49,07±0,2	4,04±0,35	604±44
	Р	<0,001	<0,003	<0,001	<0,1	<0,001	<0,005	<0,02
	%	-11,4	-8,4	-9,8	+5,4	-29,9	-22,5	+30,6
	Δ	-16,3	-7,2	-10,3	+4,1	-21,0	-1,17	+142
продолжение								
Типы ГД		АДс, мм рт.ст.	АДд, мм рт.ст.	АДср, мм рт.ст.	ЧСС, уд/мин	УИ, мл/м <sup>2</sup>	СИ, л/мин/м <sup>2</sup>	УПС, дин. *с *см <sup>-5</sup> /м <sup>2</sup>
Эукин. тип ГД n=59	1	142,4±1,62	87,03±0,89	105,5±0,68	70,0±2,16	49,8±0,31	3,40±0,06	904±141
	2	122,1±2,07	78,32±0,74	92,90±0,87	77,2±2,42	44,3±0,22	3,36±0,23	890±239
	Р	<0,001	<0,001	<0,001	<0,05	>0,1	>0,1	>0,1
	%	-14,3	-10,0	-12,0	+10,2	-10,0	-1,2	-1,6
	Δ	-20,3	-8,7	-12,6	+7,16	-5,4	-0,04	-14,1
Гипокин. тип ГД n=30	1	141,5±1,90	84,00±0,79	103,2±1,00	69,2±0,33	33,0±0,73	2,24±0,09	1227±145
	2	128,6±1,18	77,29±0,55	94,39±0,59	81,3±0,38	44,3±0,73	3,75±0,36	801±91
	Р	<0,001	<0,025	<0,001	<0,01	<0,025	<0,001	<0,02
	%	-9,1	-8,0	-8,5	+17,6	+34,1	+67,4	-34,7
	Δ	-13,0	-6,7	-8,8	+12,2	+11,3	+1,51	-426

**Примечание:** p – достоверность различий, рассчитана по отношению к показателям до лечения, %- процент изменения, Δ – абсолютная разница, 1 – до лечения, 2 – после лечения через 3 года, ГД – гемодинамика.

При гиперкинетическом типе гемодинамики у лиц с АГ комплексная реабилитация привела к достоверному снижению АДс на 11,7%, АДд – на 8,5%, АДср – на 10,0%, УИ - на 29,9 % ( $p < 0,001$ ), СИ – на 22,5% ( $p < 0,05$ ). Наблюдается прирост УПС на 30,6% ( $p < 0,02$ ).

В группе лиц с эукинетическим вариантом циркуляции после проведенного лечения достоверно снизились АДс – на 14,3% ( $p < 0,001$ ), АДд – на 10,0% ( $p < 0,001$ ), АДср – на 12,0% ( $p < 0,001$ ).

У лиц с гипокинетическим вариантом гемодинамики достоверно изменились все показатели центральной и периферической гемодинамики. Из них оказались сниженными АДс – на 9,1% ( $p < 0,001$ ), АДд – на 8,0% ( $p < 0,0025$ ), АДср – 8,5% ( $p < 0,001$ ), ОПС – на 32,0% ( $p < 0,01$ ), УПС – на 34,7% ( $p < 0,001$ ), тогда как отмечено увеличение ЧСС, УО, УИ, МО, СИ, ( $p < 0,05$ ).

#### **Заключение**

Анализ отсроченных реакций гемодинамики у лиц с артериальной гипертензией показывает, что в результате применения РДТ и психокоррекции удается привести функциональную систему регуляции артериального давления в физиологическую норму. Существенным является то, что благоприятное влияние комплексной программы реабилитации на состояние центральной и периферической гемодинамики в группе лиц с АГ сохраняется и через 3 года. Наряду с достоверным снижением АД изменения показателей центральной гемодинамики при гиперкинетическом и гипокинетическом вариантах циркуляции были направлены на нормализацию этих параметров, то есть происходило физиологическое выравнивание выявленных отклонений.

Можно предположить, что комплексная реабилитация проявляет более выраженную силу воздействия при наибольших отклонениях показателей от нормальных значений. В связи с этим независимо от типа гемодинамики оказывает модулирующее действие, вызывает достаточный гипотензивный эффект. Учитывая положительную однонаправленность воздействия комплексной программы на гемодинамику, в практической работе мы считаем

не обязательным определение типа кровотока перед проведением этого вида лечения.

В результате выполнения трехлетней программы оздоровительного режима полная нормализация АД через 3 года отмечена у 136 (89,0%), отсутствие изменений - у 10 (6,5%), и у 7 (4,7%) человек произошел переход на более высокую степень артериальной гипертензии. У последних этот результат был связан с неполным выполнением требований программы реабилитации.

Основным гемодинамическим механизмом снижения АД у лиц с АГ явилось достоверное уменьшение УО, МО, ОПС. Отличительной особенностью реакции гемодинамики на проводимое лечение у пациентов с гиперкинетическим типом гемодинамики явилось то, что снижение системного артериального давления происходило на фоне уменьшения показателей УИ, СИ, но на фоне увеличения периферического сопротивления.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что после проведенного лечения вместе со снижением АД общее самочувствие больных заметно улучшилось. Это выражалось уменьшением или исчезновением головных болей, головокружений, шума в голове и ушах, болей или неприятных ощущений в области сердца. У больных появилась большая физическая активность. Побочных действий при этом не наблюдалось.

Следовательно, используемый комплекс может с успехом быть применен у пациентов с риском развития артериальной гипертензии, а также при выраженных клинических ее проявлениях. У больных с мягкой гипертензией и гипертензией I степени реабилитационные мероприятия могут быть применены как самостоятельно, так и в комплексе с медикаментозной терапией. Как показали исследования соблюдение пациентами элементарных рекомендаций по питанию и образу жизни позволяют получать стойкий клинический временной эффект.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Гогин Е.Е. Гипертоническая болезнь: новое в диагностике и лечении: клиническая

оценка причин и механизмов развития. - М.: Медицина, 1997. - 399 с.

2. Арабидзе Г.Г., Арабидзе Гр. Фармакотерапия артериальной гипертензии // Тер. архив. - 1997. - №8. - С.80-85.

3. Симоненко В.Б., Широков Е.А. Основы кардионеврологии. - М.: Воентехлит, 1998. - 240 с.

4. Николаев Ю.С., Рудаков Я.Я. Роль психотерапии в комплексе разгрузочно-диетической терапии больных гипертонической болезнью с психическими нарушениями//В сб.:

Психиатрия, невропатология и нейрохирургия.-Ч.1.-Рига,1974.-С.182-190.

5. Разгрузочно-диетическая терапия / Под ред. А.Н. Кокосова. - СПб.: СпецЛит, 2007. - 320 с.

6. Пушкарь Ю.Т., Мухарлямов Н.М. Материалы II Всесоюзной конференции с участием ученых социалистических стран по проблеме недостаточности сократительной функции миокарда при приобретенных пороках сердца. М., 1963. - С.36.

**THE REMOTE RESULTS OF NON-MEDICAMENTOUS TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION. ROLE OF UNLOADING-DIETARY THERAPY**

Urakova T.Yu., Dautov Yu.Yu., Lisenkov S.P., Lisenkova N.S., Thakushinov R.A.

*Center Zdorovje, Maikop, Russia*

The analysis of results of complex rehabilitation of 153 patients with arterial hypertension of I stage in the remote period (3 years later) has shown high efficiency of unloading-dietary therapy with full "damp" starvation within 10-15 days and group psychocorrection. Duration of the course has made 19-21 day. 89 % of the patients participated in this program have shown Proof results. It is expedient to include UDT and psychocorrection in a complex of medical-improving actions.

Key words: obesity, hypertension, unloading-dietary therapy.