

Эффективность применения гипокалорийной диеты и соли с пониженным содержанием натрия в диетотерапии больных с гипертонической и ишемической болезнью сердца

Г.П.Пешкова¹, Л.Г.Сидорова²

¹Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова;

²Рязанский областной клинический кардиологический диспансер

резюме – от авторов

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, гипокалорийная диета, ишемическая болезнь сердца, лечение, ожирение

Блезни системы кровообращения занимают лидирующее место в патологии человека, нередко приводят к инвалидности и летальному исходу. Наиболее частыми причинами смерти, особенно у мужчин старше 45 лет и женщин старше 65 лет, являются ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь. Известно, что повышение артери-

ального давления является основным фактором риска развития ишемической болезни сердца, острого нарушения мозгового кровообращения и хронической сердечной недостаточности [1]. В структуре патологии системы кровообращения болезни, характеризующиеся повышенным артериальным давлением, составляет 30,6% [2]. Большое значение в профилактике заболеваний неинфекционного характера (прежде всего сердечно-сосудистых) придается системе охраны здоровья человека. Одним из актуальных направлений такой профилактики является устранение причин алиментарного характера и прежде всего коррекция рационов питания [3].

Последние годы характеризуются резко возросшим вниманием к вопросам организации лечебного и профилак-

Для корреспонденции:

Пешкова Галина Петровна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры профильных гигиенических дисциплин Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова

Адрес: 390026, Рязань, ул. Высоковольтная, 9

Телефон: (4912) 46-0850

Статья поступила 12.03.2012 г., принята к печати

ческого питания, являющегося неотъемлемой частью лечебного процесса и входящего в число основных лечебных мероприятий. Это связано с пониманием тех негативных последствий для здоровья, к которым приводят повсеместно выявляемые и широко распространенные среди населения нарушения структуры питания и соответственно пищевого статуса.

Структура питания населения Рязанской области, как и по России в целом, характеризуется продолжающимся снижением потребления наиболее ценных в биологическом отношении пищевых продуктов, таких как мясо, и мясопродукты, яйца, растительные масла, фрукты и овощи. Как следствие сложившейся структуры питания, на первый план выходят следующие нарушения пищевого статуса: дефицит белка, полиненасыщенных жирных кислот, большинства витаминов, минеральных веществ, пищевых волокон и других веществ. Результатом дисбаланса поступления пищевых веществ в организм человека является рост алиментарно-зависимых заболеваний. Систематическое неправильное питание может оказать влияние на возникновение и развитие сердечно-сосудистых заболеваний. Существует много медикаментозных препаратов и методов лечения, широко рекламируемых в средствах массовой информации. Все они дают результат только при условии соблюдения лечебного (диетического) питания. Поэтому среди немедикаментозных методов профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний важное значение имеет лечебное (диетическое) питание.

Целью настоящих исследований было изучение фактического питания и эффективности гипокалорийной диеты и лечебно-профилактической соли с пониженным содержанием натрия при лечении больных гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца.

Пациенты и методы

Исследования проводились на базе кардиологического отделения Рязанского областного клинического кардиологического диспансера. Под наблюдением были больные в возрасте от 33 до 64 лет с клиническим диагнозом: гипертоническая болезнь II–III ст. и ишемическая болезнь сердца. Оценка питания больных проводилась анкетно-опросным методом по стандартизированной методике суточного воспроизведения питания с выяснением частоты потребления отдельных продуктов в соответствии с методическими рекомендациями по изучению фактического питания и состояния здоровья населения в связи с характером питания [4–6].

Всем больным на весь период лечения в стационаре был назначен основной вариант стандартной диеты с пониженной калорийностью. Режим питания у больных был четырехразовый. В диете ограничено потребление калорийных продуктов и продуктов, содержащих большое количество холестерина. Из рациона исключались хлеб пшеничный, макаронные и колбасные изделия, ограничивалось сливочное масло до 10 г в сутки, поваренная соль до 4 г в сутки. В тоже время увеличивалось потребление свежих овощей до 600–800 г в сутки, а фруктов до 300 г, т.е. диета имела вегетарианскую направленность. Блюда готовились без соли. Мясо, рыба употреблялись в отварном виде.

Чтобы уменьшить потребление количество поваренной соли в лечебном рационе питания больных гипертонической и ишемической болезнью сердца, обычная соль была заменена на лечебно-профилактическую соль с пониженным содержанием натрия (ВАЛТЕК, Россия). В этой соли 30% хлорида натрия заменены на соли калия и магния, которые необходимы для данной категории больных.

Результаты исследования и их обсуждение

При оценке пищевого статуса по индексу массы тела установлено, что 72% больных из числа обследованных имеют признаки повышенного питания, либо различной степени ожирения (ИМТ превышал 30 кг/см²). Среди женщин доля лиц с ожирением достоверно выше, чем среди мужчин ($p < 0,01$). Эта тенденция характерна не только для больных данной категории, но и для населения Рязанской области, где заболеваемость ожирением по сравнению с 2005 г. выросла в целом на 33,8%.

Существенное влияние на интенсивность использования пищевых веществ оказывает характер распределения суточного рациона в течение дня. Результаты анкетирования свидетельствуют, что 70% больных не соблюдали режим питания и, прежде всего, выявлено неправильное распределение калорийности рациона обследованных лиц в течение дня. На утренние часы приходится 20–24% суточной калорийности, на обеденные – 24–28% и максимальная калорийность рациона приходится на вечерние часы до 48–56%, что создает особую нагрузку на организм человека. Переедание было присуще нашей категории больным. Анализ частоты потребления пищевых продуктов показал, что чаще употреблялись хлебобулочные изделия (изготовленные из муки высших сортов), макаронные и крупяные изделия, кондитерские изделия и сахар (ежедневно и неоднократно). Значительно реже, чем рекомендовано, и в недостаточном количестве употреблялись рыба, овощи, фрукты. Из мясных продуктов предпочтение отдавалось колбасным изделиям, мясным полуфабрикатам, мясным закускам. Из всех видов мяса наиболее часто употреблялось мясо птицы (52%). Молочные продукты в основном употреблялись с повышенной жирностью.

Нами был изучен характер питания в зависимости от финансового положения. Результаты полученных исследований свидетельствуют, что качество питания больных не определяется денежными доходами. Так в семьях, имеющих средний душевой доход на одного человека более 5000 руб., чаще всего в своем питании использовали мясо говядины, свинины, дорогие сырокопченые колбасы, кондитерские изделия и гораздо реже употребляли овощи, фрукты, рыбу, растительные масла. Результатом такого питания были более высокий уровень холестерина крови и масса тела. В семьях со средним денежным доходом 2000–5000 руб. на одного человека большее предпочтение отдавалось крупам, овощам, мясу птицы, молочным продуктам. Выявленные нарушения позволяют предположить, что неадекватное построение рационов связано не только с финансовым положением обследуемых, но и с отсутствием знаний о рациональном питании и умения его организовать [7].

Полученные результаты исследований свидетельствуют,

что у 80% больных уровень холестерина крови был выше 5,2 ммоль/л. Максимальное артериальное давление у обследуемых пациентов при поступлении в кардиологическое отделение достигало 220/130 мм рт. ст. Кроме того прослеживалась закономерность: чем выше ИМТ, тем выше цифры артериального давления у больных.

После проведенного лечения у 70% больных уровень холестерина снизился на 3–5%, а масса тела на 0,5–0,9 кг. У 30% больных уровень холестерина крови остался прежним, но уменьшилась масса тела в среднем на 0,8–1,0 кг. Наряду с этим нормализовалось артериальное давление и улучшилось общее самочувствие. У 20% пациентов из группы наблюдавшихся, имевших в анамнезе сахарный диабет второго типа, снизились показатели глюкозы крови и уровень триглицеридов в сыворотке крови.

Таким образом, при тщательном соблюдении диеты можно добиться снижения холестерина крови, нормализации артериального давления, особенно на ранних стадиях развития гипертонической болезни, и коррекции избыточной массы тела.

В настоящее время артериальная гипертензия выявляется у 40–45% взрослого населения России. Хорошо известно, что важнейшим фактором риска артериальной гипертензии является повышенное потребление поваренной соли с пищей. Максимально допустимым считается потребление поваренной соли в пределах 6 г в сутки. Жители г. Рязани в среднем потребляют 11,9 г поваренной соли. Установлено, что основная доля поваренной соли в настоящее время поступает в организм с гастрономическими продуктами (колбасы, сыры, консервы как промышленного, так и домашнего приготовления, копчености и др.) и значительно меньше с другой пищей. Следует отметить, что около 70% населения употребляют указанные гастрономические продукты не только ежедневно, но и неоднократно в течение дня [8]. Ранее гастрономические продукты были редкостью на столе большинства россиян, за исключением жителей ряда крупных мегаполисов. В структуре питания населения в основном преобладали крупяные, макаронные, хлебобулочные изделия, овощи, картофель. Вследствие чего потребление поваренной соли было значительно меньше, а калия больше. Сказанное подтверждает, что одной из основных причин роста артериальной гипертензии в современной России стал значительный рост потребления населением поваренной соли, в основном за счет увеличения доли гастрономических продуктов в питании. Более того, потребление солевой пищи (как правило высококалорийной) ведет к уменьшению в рационе питания больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца доли овощей и фруктов, богатых калием. Известно, что калий обладает антигипертензивным потенциалом. Однако в результате нашего пристрастия ко всему соленькому, потребление натрия в виде соли в России превышает рекомендуемое в 2–3 раза. Избыток натрия, задерживая в организме воду, способствует развитию гипертонической болезни. Известно, что между количеством потребляемой соли и риском развития гипертонии имеется прямая зависимость. Артериальная гипертензия у больных, употребляющих соль в избыточном количестве, протекает в гораздо более тяжелых формах, с более высокой смертностью и труднее поддается ле-

чению. Известно, что магний обладает антиспастическими и сосудорасширяющими свойствами, а также свойствами стимулировать перистальтику кишечника, снижать уровень холестерина, калий - способен усиливать выведение жидкости и натрия из организма.

Главной задачей в назначении лечебно-профилактической соли с пониженным содержанием натрия было оптимизировать баланс макроэлементов (натрия, калия, магния) во внеклеточных жидкостях организма, улучшить работу сердца, сосудов и почек, способствовать снижению артериального давления, проследить эффект совместного применения соли с назначенной гипотензивной терапией, улучшить самочувствие больных, а также выработать правильный рацион питания, который в дальнейшем снизит риск развития гипертонической болезни.

Практически все исследуемые больные имели пристрастие к соленой пище, используя повседневно в своем рационе такие продукты как сосиски, колбасы, мясные нарезки, различные маринады, консервы. Помимо этого каждый прием пищи сопровождался дополнительным досаливанием блюд.

В процессе лечения у 77% больных наблюдалась положительная динамика. На фоне проводимой гипотензивной терапии и диетотерапии улучшилось общее самочувствие, нормализовалось артериальное давление, у 20% из этой группы уменьшились отеки и масса тела. Следует отметить, что гипотензивная терапия совместно с диетотерапией была более эффективной. Пациенты легко переносили данный рацион питания, так как были сохранены вкусовые достоинства пищи.

Использование лечебно-профилактической соли с пониженным содержанием натрия существенно уменьшает его избыточное поступление, что способствует снижению давления у больных гипертонией, обогащает рацион солями калия и магния, необходимыми для нормальной работы сердечнососудистой системы. А самое главное, применение этой соли способствует формированию правильного пищевого рациона у больных гипертонической болезнью, для которых последующий переход к бессолевой диете протекает в более мягкой форме. Применение лечебно-профилактической соли будет способствовать снижению риска развития гипертонической болезни.

Заключение

Полученные данные свидетельствуют, что пропаганда рационального питания, а также осведомленность населения о негативном воздействии повышенного потребления поваренной соли, изготовление продуктов с заменителями соли или вообще без нее, а также обязательное указание на упаковках продуктов не только химического состава и калорийности, но и содержания в них хлорида натрия, окажет существенную помощь в профилактике артериальной гипертензии. Применение низкокалорийной диеты и лечебно-профилактической соли с пониженным содержанием натрия в сочетании с гипотензивными средствами способствует более эффективному лечению больных, страдающих повышенным артериальным давлением и ишемической болезнью сердца на фоне избыточной массы тела.

Литература

1. Чазов ЕА. Пути снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Тер арх. 2008;8:11-6.
2. Здоровье России. Атлас. М.: НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН; 2005.
3. Государственная политика здорового питания населения: задачи и пути реализации на региональном уровне. Руководство для врачей. Под ред. Тутельяна ВА, Онищенко ГГ. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009.
4. Доценко ВА. Практическое руководство по надзору за организацией питания и здоровьем населения. СПб., 2006.
5. Методические рекомендации по оценке количества потребляемой пищи методом 24-часового (суточного) воспроизведения питания, №CI-19/14-17. М, 1996.
6. Методические рекомендации по вопросам изучения фактического питания и состояния здоровья в связи с характером питания №2967-84 от 08.02.84. МЗ СССР, 1984 (Перечень основных действующих нормативных документов по гигиене питания. М., 2004).
7. Батулин АК. Питание в бедных семьях: взрослое трудоспособное население. Вопросы питания. 2002;71(2):3-7.
8. Поселюгина ОБ. Повышенное потребление поваренной соли и эндемия артериальной гипертензии в России. Вопросы питания. 2008;77(6):28-31.

References

1. Chazov YeA. Ter arkh. 2008;8:11-6. Russian.
2. Zdorovye Rossii. Atlas. M.: NTsSSKh im. A.N.Bakuleva RAMN; 2005. Russian.
3. Gosudarstvennaya politika zdorovogo pitaniya naseleniya: zadachi i puti realizatsii na regionalnom urovne. Rukovodstvo dlya vrachey. Pod red. Tutelyana VA, Onishchenko GG. M.: GEOTAR-Media; 2009. Russian.
4. Dotsenko VA. Prakticheskoye rukovodstvo po nadzoru za organizatsiyey pitaniya i zdorovyem naseleniya. SPb., 2006. Russian.
5. Metodicheskiye rekomendatsii po otsenke kolichestva potrebyayemoy pishchi metodom 24-chasovogo (sutochnogo) vosproizvedeniya pitaniya, №CI-19/14-17. M, 1996. Russian.
6. Metodicheskiye rekomendatsii po voprosam izucheniya fakticheskogo pitaniya i sostoyaniya zdorovya v svyazi s kharakterom pitaniya №2967-84 ot 08.02.84. MZ SSSR, 1984 (Perechen osnovnykh deystvuyushchikh normativnykh dokumentov po gigiyene pitaniya. M., 2004). Russian.
7. Baturin AK. Voprosy pitaniya. 2002;71(2):3-7. Russian.
8. Poselyugina OB. Voprosy pitaniya. 2008;77(6):28-31. Russian.

Информация о соавторе:

Сидорова Людмила Григорьевна, врач-диетолог Рязанского областного клинического кардиологического диспансера
Адрес: 390026, Рязань, ул. Стойкова, 96
Телефон: (4912) 76-9679