Новое качество жизни

Стратегия лечения.

В большинстве случаев гипертоническая болезнь и симптоматические АГ протекают бессимптомно. При выборе метода коррекции повышенного артериального давления и в особенности бессимптомных и малосимптомных вариантов течения болезни чрезвычайно важно отдавать предпочтение тем гипотензивным средствам, которые не вызывают ухудшения качества жизни и доступны (по стоимости) конкретному пациенту.

Наш консультант - врио главного врача ГУЗ «ГБ № 13 г. Тулы» Ирина Игоревна Шестова.

На основании многолетних исследований, установлено, что здоровье населения на 49-53 % зависит от образа жизни, на 17-20 % – от внешней среды (экология, климат), на 18-22 % – от наследственных причин (генотип, биология человека) и на 8-10 % от состояния системы здравоохранения. Факторы риска можно разделить на немодифицированные (неизменяемые) и модифицированные (приобретенные (изменяемые) факторы риска).

Неизменяемые факторы риска:

❶ Возраст старше 55 лет для мужчин и старше 65 лет для женщин.

При одинаковых цифрах артериального давления риск развития осложнений (инсульта, инфаркта миокарда и других) у пожилых людей в 10 раз выше, чем у лиц среднего возраста, и в 100 раз выше, чем у молодых.

❷ Наследственность.

Чем больше ваших родственников страдают гипертонией, чем выше риск ее развития у вас.

❸ Мужской пол, а также физиологическая или хирургическая менопауза у женщин.

Приобретенные (изменяемые) факторы риска:

❶ Курение - независимый фактор сердечно-сосудистых заболеваний, увеличивающий риск осложнений в 1,4 раза. Оно оказывает крайне негативное влияние не только на сердечно-сосудистую систему, увеличивая нагрузку на сердце, вызывая сужение сосудов, но и на весь организм. Курение повышает риск развития атеросклероза: больные, выкуривающие 1-4 сигареты в день.

❷ Дислипидемия. В анализах патологией является общий холестерин сыворотки крови натощак более 4,9 ммоль/л или холестерин липопротеидов низкой плотности более 3,0 ммоль/л, или холестерин липопротеидов высокой плотности менее 1,0 ммоль/л (для мужчин) и менее 1,2 ммоль/л (для женщин), а также триглицирида менее 1,7 ммоль/л.

Дислипидемия – это нарушение равновесия в крови циркулирующих жировых частиц в сторону так называемого «плохого» холестерина.

❸ Мужской тип ожирения.

Абдоминальный тип ожирения характеризуется отложением жира в подкожно-жировой клетчатке живота, увеличением окружности талии (у мужчин - 102 см и более, у женщин - 88 см и более).

❹ Сахарный диабет.

Больные сахарным диабетом гораздо чаще страдают ишемической болезнью сердца и имеют худший прогноз в плане развития сердечно-сосудистых осложнений.

❺ Малоподвижный образ жизни и психологические перегрузки (стрессы) дома и на работе.

Постоянно действующая стрессовая ситуация, внутренняя нестабильность приводят к тому, что люди начинают больше курить, употреблять алкоголь, а иногда и переедать.

Таким образом, риск развития тяжелых осложнений складывается из уровня артериального давления и наличия других факторов риска.

Определение индивидуального риска необходимо врачу для решения вопроса о способах коррекции имеющегося повышенного артериального давления. Помните, артериальная гипертония первой степени может быть не менее опасна в плане развития осложнений, чем артериальная гипертония третьей степени. Только лечащий врач сможет оценить реальную вероятность развития осложнений и решить вопрос о способах коррекции повышенного артериального давления.

ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ

Различают три важные цели в лечении больных АГ: непосредственную, промежуточную и конечную. Непосредственная цель - снизить давление до желаемого уровня и постоянно поддерживать его на этом уровне в течение суток. Целевым уровнем является АД ниже 140/90 мм рт. ст. Промежуточная цель - предотвратить возникновение структурно-функциональных изменений в органах-мишенях или вызвать их обратное изменение. Конечная цель – предотвратить развитие нарушений мозгового кровообращения, ишемии мозга, внезапной смерти, сердечной и почечной недостаточности и, в конечном итоге, улучшить отдаленный прогноз, по возможности не допуская при этом ухудшения качества жизни больного.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД

Фундаментом антигипертензивной терапии является моделирование образа жизни и систематическая работа по искоренению факторов риска и достижению необходимого уровня артериального давления. Даже при высоком нормальном АД целесообразно изменение образа жизни. Лекарственная терапия больных с АГ II и III стадии становится определяющей, но не единственной. Новые случаи АГ всегда должны быть информационным сигналом для работы с родственниками больного по программе первичной профилактики артериальной гипертонии.

В настоящее время главным критерием начала антигипертензивной терапии считается не уровень АД, а принадлежность пациента к определенной группе риска. На первичном приеме у кардиолога повышенного внимания требуют пациенты пожилого возраста, ранее не принимавшие медикаментозной терапии, а также больные с цереброваскулярной и коронарной болезнями.

Рекомендации по изменению образа жизни включают:

- ограничение потребления соли до 5 г в сутки;
- ограничение потребления алкоголя до 14 единиц в неделю для мужчин, до 7 единиц в неделю для женщин (1 единица – 125 мл вина или 250 мл пива);
- увеличение потребления овощей, свежих фруктов, рыбы, орехов, ненасыщенных жирных кислот (оливкового масла); потребление молочных продуктов с низким содержанием жира; низкое потребление красного мяса;
- контроль массы тела, избегать ожирения;
- регулярные аэробные физические нагрузки (не менее 30 минут в течение 5-7 дней в неделю);
- отказ от курения.

СОВМЕСТНАЯ РАБОТА

Одним из важных аспектов в лечении больных с ССЗ является достижение терапевтического согласия, осознанное желание и готовность пациента «работать» совместно с врачом для эффективной борьбы с заболеванием. Доверительные, высокопрофессиональные и человеческие отношения между ними - это существенный фактор, влияющий на результат лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий. Демонстрация врачом искренней заинтересованности в лечении, привлечение специалистов-невропатологов, психологов и психотерапевтов, диетологов к решению индивидуальных проблем содействует достижению эффективности длительного, нередко пожизненного лечения лиц с АГ для предупреждения прогрессирования болезни и разнообразных осложнений.

ВРАЧЕБНЫЙ КОНТРОЛЬ

При диагностированной артериальной гипертонии залогом успешной стабилизации состояния пациента является постоянный врачебный контроль. Недопустимо самостоятельное применение таблеток для снижения давления. Необходимо знать силу и механизм действия препарата.

Механизм действия гипотензивных лекарственных средств для снижения артериального давления разный, поэтому медикаментозное лечение гипертонии предполагает использование комбинаций медикаментов. Это эффективно при осложнениях гипертонической болезни, поражениях других органов, почечной недостаточности. В комплексной терапии нуждаются около 80 % пациентов.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Самая эффективная терапия, назначенная квалифицированным врачом, позволит добиться контроля АД только в случае достаточной мотивации больных. Мотивация возрастает, если больные уже имеют положительный опыт общения с конкретным врачом и они доверяют ему. При организации медикаментозного лечения важны изменения не только клинических параметров пациентов, но и удовлетворенность последних в психическом, социальном и эмоциональном плане. К тому же появление нежелательных признаков от приема лекарств, ограничивающих образ жизни и трудовую деятельность, приводит к отказу от терапии. Именно поэтому в последнее время особый клинический интерес представляет изучение качества жизни пациентов. Повышенное артериальное давление снижает его. Учитывая необходимость пожизненного приема лекарств, у 90-95 % больных АГ остро возникает вопрос о необходимости подбора таких препаратов, которые будут не только эффективно стабилизировать АД, но и не ухудшать качество жизни пациентов.

О ПРОТИВОПОКАЗАНИЯХ КОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ У СПЕЦИАЛИСТА