

О.В.ТРОЦЕНКО, Ю.М.ПАНИШКО

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА КОРЕКЦІЮ СТИЛЮ ЖИТТЯ В ПРОФІЛАКТИЦІ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.

*В статті розглядаються сучасні питання взаємозв'язку ожиріння та серцево-судинної патології, методи корекції стилю життя при цих захворюваннях.*

*В статье рассматриваются современные вопросы связи ожирения и патологии сердечно-сосудистой системы, методы коррекции способа жизни при этих заболеваниях.*

*The modern questions of intercommunication of obesity and cardiovascular pathology, methods of correction of lifestyle at these diseases are examined in the article.*

За останні роки в науковій медицині багато уваги приділяється порушенням обмінних процесів в організмі, зокрема ожирінню (О), надмірній масі тіла (НМТ) та їхньому зв'язку з хронічною патологією серцево-судинної системи. Актуальність цієї проблеми продиктована ще й тим, що у всьому світі серед населення спостерігається зростання випадків О та НМТ і прямий їх зв'язок зі збільшенням серцево-судинних захворювань (ССЗ). За світовими даними на О страждає близько 30 % населення. В більшості країн західної Європи від 9 до 20 % дорослого населення страждають на О з індексом маси тіла (ІМТ) більше 30 кг/м<sup>2</sup>. В той же час, О та НМТ, як фактори ризику ремоделювання серця сьогодні являються предметом активного вивчення (1). Оригінальні дослідження були проведені щодо гемодинаміки при О: показано прогресуюче зниження хвилинного об'єму крові та частоти серцевих скорочень, підвищення загального периферійного опору судин, що розцінювалося, як підвищення навантаження на серцево-судинну систему та зниження компенсаторних механізмів адаптації. Так, у підлітків 14-16 років зі зростанням ступеню О виявлено зв'язок до зниження показників скоротливої здатності міокарда. В результаті О виникають суттєві структурно-функціональні зміни міокарда: підвищення маси міокарда лівого шлуночка, гіпертрофія порожнин камер серця, формування систолічної та діастолічної дисфункцій лівого шлуночка. Гіпертрофія лівого шлуночка пов'язана зі зменшенням коронарного кровоплину та підвищенні потреби міокарда в кисні, пониженні фракції викиду.

В останні десятиріччя спостерігається збільшення кількості осіб з НМТ. В Україні НМТ зареєстрована у 22,1 % осіб (2), що також пов'язано з такими доведеними етіологічними чинниками як стреси, відчуттям прихованої тривоги, депресії. У чоловіків О частіше виявляють у віці до 45 років, а у жінок – після 45 років. (3). Абдомінальне О визнається одним з патогенетичних факторів розвитку гіпертонічної хвороби, можливо, пов'язаним з порушенням функції ендотелію (2). Встановлено, що артеріальна гіпертензія (АГ) перебігає більш агресивно у хворих на О, ніж у осіб без надлишкової маси тіла, що пов'язують з прямим ураженням ендотелію судин, збільшенням утворення оксиду азоту, який знижує адгезію тромбоцитів, зменшує окислення ліпопротеїдів низької щільності та проліферацію гладком'язевих волокон і таким чином, стримує розвиток атеросклерозу (4). Тим часом, за даними ВОЗ (2004 р.) в Європі смертність у чоловіків у 43 % випадків, а в жінок у 55 % випадків викликана ССЗ. В Україні понад 15 % дорослого населення страждають на ішемічну хворобу серця (ІХС) (5); підвищений рівень загального холестерину (ЗХ), що вважається високим ризиком ССЗ, мають 48,5 % чоловіків і 56,3 % жінок віком 40 – 60 років. На субоптимальному рівні нормальними вважають значення ЗХ < 5,0 ммоль/л (190 мг/дл) і холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНП) < 3,0 ммоль/л (115 мг/дл).

Ризик ССЗ особливо високий у пацієнтів з О центрального генезу, що частіше спостерігається у чоловіків. Окрім того, у жінок, котрі курять, приймають пероральні контрацептиви ризик до ССЗ зростає ще більше. У жінок найвищий рівень зростання ЗХ в крові припадає на період між 55 та 65 роками, приблизно на десятиліття пізніше, ніж у чоловіків. Одночасно підвищується і ризик ССЗ. Слід відмітити, що у жінок гірше та рідше виявляють фактори ризику серцевої патології, серед яких – збільшення ІМТ, куріння, підвищення артеріального тиску, збільшення рівня ЗХ.

У пацієнтів, що страждають на ІХС нерідко виявляють метаболічний синдром (МС) включно з центральним ожирінням, що більш притаманно жінкам, ніж чоловікам (2). Метаболічний синдром являє собою поєднання кардіоваскулярних факторів ризику, включно з такими, як інсулінорезистентність, ожиріння, артеріальну гіпертензію та дисліпідемію, тісно пов'язаний з розвитком цукрового діабету та ССЗ. З клінічної точки зору важливо розглядати кардіоваскулярний ризик як багатофакторний комплекс, а МС, як один з багатофакторних видів ризику (6). В нещодавно

опублікованій сумісній заяві Американської діабетичної асоціації та Американської кардіологічної асоціації ставиться акцент на важливості виявлення та усунення основної групи факторів ризику – переддіабету, АГ, дисліпідемії й О для зниження розповсюдженості цукрового діабету та ССЗ. В США (АТР 111,2001) були прийняті нові критерії (7) діагностики МС. У відповідності до цих критеріїв для встановлення діагнозу МС необхідно мати 3 та більше наступних ознак: 1) абдомінальне О, що характеризується окружністю живота більше 102 см у мужчин та більше 88 см у жінок; 2) підвищення вмісту тригліцеридів в плазмі крові більше 150 мг/дл (1,69 ммоль/л); 3) зменшення вмісту холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) у мужчин менше 40 мг/дл (1,03 ммоль/л), у жінок – менше 50 мг/дл (1,29 ммоль/л); 4) артеріальна гіпертензія, підвищення артеріального тиску вище 130/85 мм рт.ст.; 5) гіперглікемія натще вище 110 мг/дл (5,6 ммоль/л).

У жінок надлишкове зростання маси тіла більше середньостатистичної норми (0,5 – 1,5 кг часто спостерігається в період менопаузи, що обумовлено гормональними змінами з перерозподілом жирової тканини від периферії до живота, що складає підвищений ризик розвитку ССЗ (8). Постменопауза являється інсулінорезистентним станом, що супроводжується збільшенням ІМТ. В постменопаузі можуть проявлятися симптоми підвищеного артеріального тиску, абдомінального О, дисліпідемії, порушення вуглеводного обміну. Цей комплекс метаболічних та гормональних розладів, що розвиваються на фоні дефіциту естрогенів, прийнято називати менопаузальним метаболічним синдромом (9).

Хворі, що страждають на О або МС часто мають розлади функції дихання, а саме – виникненням синдрому обструктивного апное сну (10). При таких розладах коливання внутрішньогрудного тиску, що виникають при диханні негативно впливають на гемодинаміку, зменшується серцевий викид і як наслідок - підвищується ризик виникнення ССЗ. Результати досліджень, що проводилися на протязі семи років, показали, що ІХС розвивалася у 16 % пацієнтів, що мали синдром обструктивного апное сну; більш того, раптова серцева смерть частіше (46 %) настає у хворих на синдром обструктивного апное сну, ніж в популяції (16 %).

З відомих на сьогодні даних можна скласти цілу мозаїчність картини патологічних процесів, що виникають внаслідок О та НМТ і неабияку частку становлять в ній захворювання серця та судин. Відтак, необхідними стають методи корекції стилю життя. В цьому аспекті значну групу рекомендацій становить прийнятий у медичній практиці комплекс немедикаментозного лікування або, який передбачає зниження надлишкової маси тіла, відмову від куріння, обмеження вживання алкоголю, фізичні навантаження (11). В харчуванні повинні бути у великій кількості свіжі овочі та фрукти, продукти з вмістом клітковини, обмеження кухонної солі, насичених жирів. Кількість жиру в харчуванні повинна становити не більше 30 % добової калорійності раціону (5). Вміст холестерину в їжі має бути нижчим за 300 мг на добу. В низькокалорійній дієті насичений жир слід частково замінити моно- і полі ненасиченими жирами, що містяться в рослинній їжі та морепродуктах.

Слід відмітити, що через складності деяких дієт, пацієнти часто покидають їх виконувати та повертаються до попереднього способу життя. Отже, важливе значення в успішності лікування слід надавати прихильності пацієнта з О та НМТ до дієти. До факторів, що підвищують прихильність пацієнта до дієтотерапії відносяться (12) : 1) прийнятний рівень психологічного комфорту та добре фізичне самопочуття; 2) простота, зрозумілість, конкретність та невелика кількість рекомендацій; 3) мінімальні додаткові затрати, пов'язані з їх виконанням.

У підтримці нормальної маси тіла велику роль відіграє фізична активність. Півгодини фізичних вправ з навантаженням корисні для серця та для органів опору та руху (8). Дієта та фізична активність являються основою профілактичної медицини для жінок в пре-, пері- та постменопаузі.

Терапевтичні зміни способу життя залишаються також важливою та невід'ємною частиною впливу на підвищення рівня холестерину (13). Об'єднані британські товариства рекомендують для пацієнтів групи високого ризику досягнення цільового рівня ХС ЛПНЩ менше 2,0 ммоль/л (80 мг/дл); американські медичні асоціації вказують на доцільність зниження такого рівня ХС ЛПНЩ до 1,8 ммоль/л (70 мг/дл). Кожна людина, що має підвищений ризик, пов'язаний зі способом життя (О, мала фізична активність, МС, високі рівні холестерину та тригліцеридів) – повинна бути кандидатом на терапевтичні заходи з корекції способу життя. Медикаментозні препарати призначають додатково до дієтотерапії та корекції способу життя у випадку, якщо немедикаментозна терапія не сприяє досягненню цільового зниження рівня ліпідів у крові.

### Висновки.

1. НМТ та О являються високими факторами ризику до багатьох захворювань серцево-судинної системи.
2. Контроль ІМТ, рівня холестерину, тригліцеридів, глюкози в крові повинні бути обов'язковими дослідженнями у пацієнтів з О та НМТ.
3. Немедикаментозна терапія з корекції стилю життя повинна бути пріоритетною і обов'язковою у хворих на О та з НМТ з метою попередження ССЗ.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Перетолчина Т.Ф., Дашутина С.Ю., Барац С.С. Ожирение и морфофункциональные изменения сердца //Кардиология.- 2005.- № 7.- с. 66-68.
2. Хоменко Ж.А. Порухення геодинаміки, обміну ліпідів, оксиду азоту у хворих на артеріальну хворобу із супутнім ожирінням та їх фармакологічна і дієтична корекція //Автореф. дисерт. на здобуття наук ступ. канд. мед. наук, Київ. – 2003. – 21 с.
3. Бобров В.А., Давыдова И.В., Медведенко О.И. Сердечно-сосудистые заболевания у женщин //Therapia.- 2006. - № 12. – с.40-45.
4. Чазов Е.И. Взгляд из прошлого в будущее //Терапевтический архив. – 2004. - № 6. – с.4-15.
5. Лутай М.І., Лисенко А.Ф. Статини у профілактиці серцево-судинних ускладнень //Therapia. – 2007. - № 4. – с.39-44.
6. Deedwania P., Barter P., Carmena R. et al. Снижение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности у пациентов с ишемической болезнью сердца и метаболическим синдромом: результаты клинического исследования TNT (Treating to New Targets) //Therapia.- 2007. - № 5. – с.8-18.
7. Маньковский Б.Н. Метаболический синдром – самостоятельное заболевание или комбинация симптомов? //Therapia. – 2007. - № 4. – с.29-31.
8. Бобров В.А., Давыдова И.В., Клименко Л.В. Артериальная гипертензия у женщин в менопаузе //Therapia. – 2007. - № 3. – с.54-58.
9. Бельский Д.И., Федорова Е.Л., Бондарева З.Г., Ганюков В.И. Атеросклероз венечных артерий сердца и общий холестерин плазмы крови у мужчин и женщин //Клиническая медицина. – 2006. - № 5. – с.63-65.
10. Мостбауер Г.В. Синдром обструктивного апноэ сна и заболевания сердечно-сосудистой системы //Therapia. – 2009. - № 6-7. – с.40-44.
11. Сиренко Ю.Н. Новые рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии для Европы и Северной Америки //Серце і судини. – 2003. - № 3 – с.5-7.
12. Старостина Е.Г. Принципы рационального питания в терапии ожирения. Часть 2 //Кардиология. – 2001. - № 8. – с.87-92.
13. Об альтернативных целевых уровнях холестерина липопротеинов низкой плотности. Важный документ Национальной образовательной программы по холестерину США, основанный на результатах клинических исследований последнего времени. Подготовил Грацианский Н.А. //Кардиология. – 2004. - № 9. – с.74-75.