



УДК 616.12-008.331.1:615.874



РЕШЕТИЛОВ Ю.І., БОГОСЛАВ Т.В., КУЗНЕЦОВА Л.П.  
ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

## ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

**Резюме.** Незважаючи на розробку превентивних і лікувальних заходів, стандартів ведення хворих, артеріальна гіпертензія залишається одним із найбільш поширених хронічних захворювань людини. За даними офіційної статистики Міністерства охорони здоров'я України на 1 січня 2011 року, 32,2 % дорослого населення країни страждають на артеріальну гіпертензію. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, профілактика, спрямована на зміну способу життя, є універсальною «вакциною» проти артеріальної гіпертензії, а застосування немедикаментозних заходів сприяє зменшенню її нових випадків на 50 %. У статті викладені основні дієтологічні рекомендації для хворих на артеріальну гіпертензію, їх обґрунтованість з урахуванням патогенетичних аспектів формування артеріальної гіпертензії і розвитку атеросклеротичних змін з метою підвищення якості медикаментозного лікування, профілактики кардіо-васкулярних ускладнень.

**Ключові слова:** артеріальна гіпертензія, лікувальне харчування.

Активне втілення нових технологій лікування і глибокий аналіз ефективності та безпечності лікарських втручань в організм хворого із серцево-судинною патологією є важливими характеристиками сучасної кардіології. Результатами такої діяльності є забезпечення належної якості життя, суттєве збільшення його тривалості та зменшення смертності внаслідок серцево-судинних захворювань в економічно розвинених країнах. Однак, незважаючи на розробку превентивних і лікувальних заходів, стандартів ведення хворих, артеріальна гіпертензія (АГ) залишається одним із найбільш поширених хронічних захворювань людини. За даними офіційної статистики Міністерства охорони здоров'я України на 1 січня 2011 року, 32,2 % дорослого населення країни страждають від артеріальної гіпертензії [1]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, профілактика, спрямована на зміну способу життя, є універсальною «вакциною» проти артеріальної гіпертензії, а застосування немедикаментозних заходів сприяє зменшенню її нових випадків на 50 %. Тому актуальними залишаються питання щодо відповідного харчування хворих на АГ.

Згідно з сучасними поглядами в основі гіпертонічної хвороби лежить перенапруження центральної нервової системи (кори мозку) з утворенням вогнищ застійного збудження. Збудження поширюється на судинорухові центри, закладені в підкірці, і через симпатичну частину вегетативної нервової системи викликає генералізоване підвищення тону дрібних артерій (артеріол), яке підтримується ендокринно-гуморальними факторами (підвищена продукція альдостерону, надлишкова інкреція реніну нирками тощо). Гіпертонічна хвороба зазвичай супроводжується порушенням обміну холестерину і нерідко поєднується з атеросклерозом. Це призводить до порушення трофіки органів, що в кінцевому підсумку може проявлятися тяжкими ускладненнями (нефроангіосклероз з розвитком уремії, інфаркт міокарда, недостатність кровообігу, інсульт, сліпота) [2].

© Решетілов Ю.І., Богослав Т.В., Кузнецова Л.П., 2014

© «Гастроентерологія», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

З метою зниження артеріального тиску (АТ) використовуються різні лікарські засоби, хоча в даний час для цього потрібні не лише медикаменти [2–8]. Немедикаментозні методи включають в себе відновлення правильного питного режиму, зниження і/або нормалізацію маси тіла, часткову або повну відмову від споживання алкогольних напоїв (менше 20–30 г чистого алкоголю на добу), зниження споживання кухонної солі (до 2,5–5 г на добу), збільшення в добовому раціоні частки рослинної їжі (харчових волокон не менше 35 г на добу), зменшення споживання насичених жирів, підвищення споживання калію (до 4–5 г), кальцію і магнію (до 0,8–1,0 г), хрому (до 0,3 мг), марганцю (до 30 мг), таурину (до 2 г), коферменту Q (до 200 мг), інозиту (до 700 мг), вітаміну С (до 500 мг), холіну (до 1 г), N-ацетилцистеїну (до 1 г), інших фізіологічно функціональних нутрієнтів [9]. При призначенні вітаміну Е як натурального антиоксиданту рекомендується поступово збільшувати дозу, оскільки цей вітамін може провокувати підвищення кров'яного тиску. Найважливішою особливістю харчового раціону осіб, які схильні до гіпертонічної хвороби (ГХ) або страждають від неї, є недостатнє їх забезпечення необхідною кількістю якісної питної води. При обмеженому надходженні в організм води для відновлення в повному обсязі крові і лімфи в системі циркуляції вода починає надходити в судинну систему з рідини, зазвичай присутньої в середині клітин (66 % необхідного обсягу), 26 % води витягується з міжклітинного середовища. Щоб запобігти скороченню об'єму циркулюючої крові і повністю забезпечити нею мозкову тканину, легені, печінку, залози внутрішньої секреції, інші внутрішні органи і тканини, організм змушений звужувати судини й капіляри шкіри, м'язів і кісток. Звуження просвіту судин супроводжується підвищенням артеріального тиску. Цей стан надалі з функціонального порушення при хронічному дефіциті надходження питної води може перетворитися на патологію — ГХ [10]. Саме тому кожна здорова доросла людина повинна щодня рівномірно протягом робочого дня вживати не менше 1,5 л питної води, що відповідає фізіологічним і санітарно-гігієнічним вимогам [11].

Лікувальне харчування при ГХ будується відповідно до основних патогенетичних механізмів розвитку захворювання, з урахуванням його тяжкості і наявності ускладнень. Енергетична цінність дієти повинна відповідати енерговитратам організму, з деяким обмеженням при розвитку атеросклерозу і, особливо, за наявності супутнього ожиріння. Кількість жирів у раціоні дещо зменшується (75–80 г), в основному за рахунок багатих на насичені жирні кислоти і холестерин тупоплавких тваринних жирів (баранячий, яловичий тощо). Вони частково замінюються рослинною олією (кукурудзяна, соняшникова, соєва, оливкова), яка багата на поліненасичені жирні кислоти (ПНЖК) і лецитин. Деяке обмеження жиру в дієті доцільно не тільки у зв'язку з наявністю супутнього атеросклерозу, а й з метою пригнічення збуджуючих процесів в корі великого мозку, що видається важливим, виходячи з провідного патогенетичного механізму розвитку захворювання.

Надлишкова маса тіла через підвищену калорійність їжі також розглядається як найважливіший фактор, що призводить до підвищення артеріального тиску. У зв'язку з цим для осіб, схильних до розвитку ГХ, важливо зменшити калорійність їжі до 1700–2000 ккал/добу за рахунок видалення з неї рафінованих вуглеводів, насамперед цукру та кондитерських виробів на його основі. Кількість білка в раціоні при цій патології має відповідати нормам потреби здорової людини (1,2–1,5 г на 1 кг маси тіла на добу). Необхідно пам'ятати про достатній вміст в раціоні повноцінних білків. Нестача білка в їжі знижує стійкість організму до стресових ситуацій. Лише при ускладненні захворювання нефроангіосклерозом (із затримкою азотистих шлаків в організмі) кількість білків у дієті підлягає обмеженню [12].

Вважають, що щоденне вживання до 400 мг фолату має виражений лікувально-профілактичний ефект щодо АГ. Найкращими харчовими продуктами, що містять фолат, є спаржа (250 мг на чашку), брюссельська капуста (125 мг на чашку), будь-які бобові (100–300 мг на чашку), кавун (400–500 г). Практика застосування у хворих з АГ і хронічною серцевою недостатністю (ХСН) сечогінних засобів ще більшою мірою вимагає збільшення добового споживання цього вітаміну [13, 14]. Зменшення споживання кухонної солі, холестерину, алкоголю, модифікація дієти з доведенням в її складі різноманітних функціональних інгредієнтів до фізіологічної добової норми споживання сприяють підвищенню ефекту антигіпертензивної терапії [7, 13, 15]. При формуванні харчового раціону для зниження ризику розвитку ГХ рекомендується обмежувати споживання насичених жирів і одночасно забезпечити надходження в організм достатньої кількості ПНЖК, які є субстратом для синтезу простагландинів, що чинять гіпотензивну дію. Позитивні ефекти ПНЖК також пов'язують з їх здатністю покращувати функції ендотелію — викликати дилатацію судин і зменшувати схильність до тромбоутворення. При недостатньому надходженні з їжею  $\omega$ -6 і  $\omega$ -3 жирних кислот в необхідних співвідношеннях збільшуються негативні судинні ефекти іонів натрію і катехоламінів. З появою в харчовому раціоні омега-3 ПНЖК (ейкозапентаєнової і докозагексаєнової) за рахунок включення в нього рибацького жиру, лляної чи ріпакової олій поліпшуються реологічні показники крові, знижується рівень гіперінсулінемії, АТ. Для забезпечення надходження ПНЖК, особливо  $\omega$ -3 жирної кислоти, рекомендується не менше 2–3 разів на тиждень вживати жирну морську рибу, яка водиться в північних регіонах (форель, оселедець, лосось, сардини). При неможливості включення в раціон зазначених сортів риби замінювати її рибацьким жиром або препаратами ПНЖК (омакор по 1–2 г на добу). Добрим джерелом ПНЖК є лляне і оливкове масло, різні горіхи та насіння [13–16].

Дієта із включенням різних видів бобових рослин, які містять значні кількості ізофлавоноїдів, також сприяє зниженню ризику розвитку ГХ і атеросклеротичного процесу [14, 17, 18]. Тому що ізофлавоноїди

лігнани в їх складі (фітоестрогени), які не є стероїдними сполуками, здатні зв'язуватися з естрогеновими рецепторами і чинити на організм гормоноподібну дію, схожу з ефектами жіночих статевих гормонів (естрогенів). Останні, як відомо, мають гіполіпідемічні, судинорозширювальні та антитромботичні ефекти.

Для підтримки необхідного водно-електролітного балансу і необхідного рівня внутрішньоклітинної води здоровій людині достатньо вживати в їжу різноманітні рослинні і молочні продукти, багаті на калій, фізіологічна потреба в якому становить 3–5 г на добу. До продуктів, багатих на калій, слід відносити печену картоплю (570 мг у 100 г продукту), чорнослив, родзинки (860 мг), волоські горіхи (690 мг), гарбуз, квасолі (1100 мг), морську капусту, курагу (1700 мг), сардини (430 мг), нежирне м'ясо (150–360 мг). Одне з кращих джерел калію — банани (400 мг), які рекомендуються їсти щодня (наприклад, на сніданок). Обмеження вживання натрію — ще одна з необхідних і патогенетично обґрунтованих рекомендацій при складанні раціону хворого на АГ. Натрій зумовлює затримку рідини у кров'яному руслі і підвищення АТ. Слід обмежити вживання солі до 4–6 г (у перерахунку на натрій це становить 2,4 г), а при розвитку ХСН — і до 3 г/добу. Крім того, обмеження солі може сприяти підвищенню активності ліпопротеїнової ліпази і вести до зниження вмісту холестерину в крові, попереджаючи розвиток атеросклерозу. Разом з тим повне виключення солі на тривалий термін не рекомендується, тому що гіпохлоремія може призводити до накопичення азотистих шлаків в крові. Рекомендується готувати їжу без солі, а страви присолювати визначеною кількістю кухонної солі. Оптимальним для організму людини є співвідношення між натрієм і калієм в продуктах харчування 2 : 1 [13, 14, 17]. Зв'язування надлишкової кількості харчового натрію, ймовірно, лежить в основі зменшення кров'яного тиску в осіб з АГ, які отримують з їжею достатні кількості різних харчових волокон [17, 19].

Харчовий раціон людей, схильних до серцево-судинних захворювань, обов'язково повинен містити необхідну кількість іонів кальцію, що бере участь у процесах розподілу внутрішньоклітинної і позаклітинної рідини, регулюючої рівень АТ. Підвищення рівня позаклітинного кальцію необхідно для профілактики АГ та інсульту, особливо у літніх людей зі зниженим вмістом кальцію в плазмі крові. Важливим фактором участі кальцію в різних обмінних процесах організму є його співвідношення з фосфором, яке має бути близьким 1 : 1, а також калієм і магнієм. Дефіцит надходження з їжею кальцію, так само як і надмірне надходження з їжею фосфору, викликає розвиток ішемічної хвороби серця та ГХ. Кальцій у великих кількостях присутній в молочних продуктах, риб'ячих кістках, горіхах [13, 17]. Дефіцит магнію супроводжується кардіоваскулярними відхиленнями у вигляді судинної гіпертензії та порушення серцевого ритму. Магній з позицій сучасної науки прийнято розглядати як хімічний елемент з вираженим профілактичним ефектом щодо судинної гіпертензії. У гострий

період при ішемічному інфаркті мозку дефіцит магнію досягає крайніх значень (нижче 70 % норми). Магній в значних кількостях присутній в рисі, авокадо, геркулесі, бананах, йогуртах, висівках, горіхах, квасолі, морській капусті, чорносливі [7, 14, 20].

При нестачі хрому в харчовому раціоні спостерігається зростання показників захворюваності та смертності від ГХ [13, 17]. Хром підвищує чутливість рецепторів периферичних тканин до інсуліну та покращує метаболізм глюкози. Дефіцит селену (як структурного елемента багатьох білків) в раціоні також пов'язаний з небезпекою розвитку АГ [7, 13, 14]. При дефіциті йоду розвивається рання діастолічна гіпертензія, виникає схильність до розвитку інфаркту та інсульту. Присутність в харчовому раціоні іонів кремнію підвищує еластичність кровоносних судин [14].

Позитивну дію на ліпідний обмін має карнітин, бо він є транспортною формою жирних кислот, його дефіцит може бути причиною надмірного синтезу тригліцеридів і розвитку стеатозу печінки. Карнітин проявляє помірну гіпотензивну та антитромботичну дію. Пантотенова кислота, присутня в організмі в достатній кількості, синергічно взаємодіє з карнітином [17, 21]. Систематичне вживання харчових продуктів, що містять нітросполуки або штучно збагачені ними (наприклад, орнітином або аргініном), також є одним із способів контролю АГ. Нітросполуки внаслідок складних змін під впливом ендотеліальних ферментів родини NO-синтаз і мікробних нітрит- і нітратредуктаз перетворюються на окис азоту — аналог так званого ендотеліального релаксуючого фактора. З іншого боку, дефіцит цих попередників окису азоту або надходження з їжею інгібіторів утворення окису азоту обумовлюють розвиток спазму судин, ішемію, активацію тромбоцитів, адгезію та інфільтрацію моноцитів [22, 23]. Аргінін, що надходить з їжею (різноманітні горіхи та насіння, желатин тощо) у необхідних кількостях протягом тривалого відрізка часу (декількох місяців), перетворюється під впливом клітинних і мікробних ферментів в окис азоту. Це супроводжується вираженою судинорозширювальною дією щодо серцевих і периферичних судин, а також зменшенням агрегації тромбоцитів. Саме цими ефектами аргініну обумовлені рекомендації, що стосуються використання біологічно активних добавок і збагачених цією амінокислотою функціональних продуктів харчування при ГХ, порушення мозкового кровообігу [17, 24]. Таурин є одним з кращих природних засобів регуляції вмісту рідини в організмі, яка порушена при серцевій недостатності, захворюваннях печінки і новоутвореннях; він має також гіпотензивну та антиаритмічну дію [17, 25].

Відомо, що рівень АТ залежить від багатьох факторів, серед яких особлива роль належить ренін-ангіотензиновій і кінін-калікрейновій (ККС) системам. Ангіотензинконвертуючий ензим (АСЕ) трансформує ангіотензин I в ангіотензин II — речовину з вираженим судинозвужувальним ефектом. У ККС АСЕ гідролізує брадикінін в неактивний пептид. Інгибування кількості та активності АСЕ супроводжується, з одного боку,

зниженням активності ангіотензину II, а з іншого — посиленням спазмолітичної активності брадикініну. Включення в харчовий раціон продуктів, збагачених молочними (сироватковими) пептидами, які блокують перетворення неактивного пептиду ангіотензину I в активну сполуку ангіотензину II, є ефективним і безпечним способом зниження артеріального тиску. Окис азоту активує фермент гуанілатциклазу, в результаті чого утворюється циклічний гуанозинмонофосфат, який і має здатність розширювати гладком'язові клітини судин [26].

Стан мікрофлори травного тракту напряму або опосередковано може впливати на регуляцію судинного тонуусу і АГ. Є дані, які свідчать про те, що мікрофлора сліпої кишки може призводити до деградації різних вазорегулюючих субстанцій, регулювати вплив іонів кальцію і простагландинів на тонус судин, змінювати вміст норадреналіну, вазопресину, серотоніну, гістаміну та інших ендогенних метаболітів, що регулюють тонус судин і присутні в кишечнику та беруть активну участь як на місцевому, так і на системному рівні в підтримці кардіоваскулярного гомеостазу господаря.

У програмах уповільнення ризику розвитку та лікування ХСН важливе місце також займає дієта. До основних особливостей харчування хворих із ХСН відносять обмеження прийому кухонної солі; ці обмеження тим суворіше, чим більш виражені симптоми хвороби і застійні явища (обмеження від < 1 г при тяжких формах і до 3 г NaCl при менш виражених станах). У звичайних ситуаціях об'єм рідини не повинен перевищувати 2 л на добу (максимум прийому рідини — 1,5 л/добу). Їжа повинна бути калорійною, збалансованою і легко засвоюватися. Відомо, що якщо хворі на ХСН із збереженою фракцією викиду дотримуються дієти DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), то в них покращується симптоматика серцевої недостатності. Ехокардіографічні дані показали, що на тлі 3-тижневої дієти DASH зі зменшенням вживання солі значно покращувалися показники релаксації лівого шлуночка ( $p = 0,3$ ), поряд зі зниженням жорсткості лівого шлуночка і діастолічної дисфункції. Крім того, це сприяло значному зниженню рівня офісного АТ а амбулаторного систолічного АТ ( $p = 0,02$ ) і невірогідному зниженню центрального систолічного АТ (зі 116 до 111 мм рт.ст.,  $p = 0,12$ ).

Вживання овочів, фруктів і ягід, бідних на солі натрію і багатих на калій, магній, вітаміни, відповідає загальній спрямованості лікувального харчування при гіпертонічній хворобі. Дієту необхідно збагачувати вітамінами (біофлавоноїди, ніацин, аскорбінова кислота, рибофлавін, піридоксин), що підтримують життєво важливі функції організму. Аскорбінова кислота позитивно впливає на окислювально-відновні процеси, знижує вміст холестерину в крові і гальмує ліпоїдну інфільтрацію судин. Ніацин розширює судини, надаючи депресорну дію, підвищує нирковий кровообіг, покращує коронарний кровообіг і кровопостачання головного мозку. Рибофлавін і ніацин необхідні для тканинного дихання і синтезу АТФ. Рибофлавін

сприяє інактивації катехоламінів, які чинять пресорну дію. Піридоксин, необхідний для трансформації ліноленової кислоти в арахідонову, стимулює ліпотропну дію холіну і виведення холестерину з організму [9]. Біофлавоноїди зменшують проникність судинної стінки, зокрема для холестерину, і сприяють поліпшенню гемодинаміки в дрібних судинах. Необхідно введення достатньої кількості ціанокобаламіну, що сприяє економному витрачання холіну і поліпшує лецитин-холестериновий показник.

Таким чином, харчування хворих на АГ і ХСН має забезпечити організм харчовими речовинами відповідно до потреб з урахуванням маси тіла, віку, фізичної активності, особливостей обмінних порушень для нормалізації водно-сольового обміну, судинного тонуусу і зменшення ризику серцево-судинних ускладнень і раптової смерті.

## Список літератури

1. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії: Наказ МОЗ України від 24.05.2012 № 384 // Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної та екстреної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія». Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Артеріальна гіпертензія». — Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=13652>
2. Серцево-судинні захворювання. Рекомендації з діагностики, профілактики та лікування / За ред. В.М. Коваленка, М.І. Лутая. — К.: МОРИОН, 2011. — 408 с.
3. Артериальная гипертензия у особых категорий больных / Под ред. В.Н. Коваленко, Е.П. Свищенко. — К.: МОРИОН, 2009. — 376 с.
4. Сіренко Ю.М. Артеріальна гіпертензія та супутня патологія / Ю.М. Сіренко. — Донецьк: Видавець Заславський О.Ю., 2010. — 384 с.
5. Миддеке М. Снижение давления без лекарств: Пер. с нем. / М. Миддеке, Э. Поспишил, К. Фелькер. — М.: Арнебия, 2005. — 248 с.
6. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // *Journal of Hypertension*. — 2013. — Vol. 31. — P. 1281-1357.
7. Нестерова А.В. Лечебное питание при сердечно-сосудистых заболеваниях / А.В. Нестерова. — М.: Вече, 2005. — 208 с.
8. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний / Е.И. Чазов, Ю.Н. Беленков, Е.О. Борисова [и др.]. — М.: Литтерра, 2004. — 972 с.
9. Витамины, микро- и макроэлементы / В.Г. Ребров, О.А. Громова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 960 с.
10. Батмангхелидж Ф. Вода для здоровья / Ф. Батмангхелидж. — Минск: Попурри, 2005. — 288 с.
11. Шендеров Б.А. Базовые механизмы регуляции гомеостаза и их модуляция нутриентами / Б.А. Шендеров // *Клиническая медицина*. — 2004. — № 3. — С. 14-19.
12. Руководство по нефрологии / Под ред. А.И. Дядька, Е.А. Дядык. — К.: Четверта хвиля, 2011. — 600 с.

13. Клиническая диетология / В.П. Шевченко; Под ред. В.Т. Ивашкина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 256 с.

14. Скальный А.В. Микроэлементы: бодрость, здоровье, долголетие / А.В. Скальный. — М.: Эксмо, 2010. — 288 с.

15. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / За ред. В.М. Коваленка, М.І. Лутая, Ю.М. Сіренка. — К.: ПП ВМБ, 2011. — 128 с.

16. The effect of nutritional prevention of cardiovascular disease / J.A. Vita [et al.] // *Circulation*. — 2000. — 102. — 846-851.

17. Диетология / Под ред. А.Ю. Барановского. — СПб.: Питер, 2008. — 1024 с.

18. Setchell K.D. Phytoestrogens: the biochemistry, physiology, and implications for human health of soy isoflavones / K.D. Setchell // *Am. J. Clin. Nutr.* — 1998. — 68. — 1333-1346.

19. Associations of serum and dietary magnesium with cardiovascular disease, hypertension, diabetes, insulin and carotid arterial wall thickness: the ARIC study / J. Ma, A.R. Folsom, S.L. Melnick [et al.] // *J. Clin. Epidemiol.* — 1995 Jul. — 48(7). — 927-940.

20. Protective role of propionyl carnitine in vascular disorders experimentally induced by endothelin (ET-1) serotonin and K-carrageenin / A. Bertelli, L. Giovannini, G. Galmozzi, A.A. Bertelli // *Drugs Exp. Clin. Res.* — 1993. — 19(1). — 7-11.

21. Воронков Л.С. Рекомендації з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності Асоціації кардіоло-

гів України та Української асоціації фахівців із серцевої недостатності / Робоча група Л.С. Воронков, К.М. Амосова, А.С. Багрій, Г.В. Дзяк та ін. // *Укр. кард. журн.* — 2014. — № 1 (дод.). — С. 5-44.

22. Шендеров Б.А. Медицинская микробная экология и функциональное питание. Социально-экологические и клинические последствия дисбаланса микробной экологии человека и животных / Б.А. Шендеров. — М.: Грантъ, 1998. — Т. 2. — С. 217-226.

23. Dietary L-arginine Reduces the Progression of Atherosclerosis in Cholesterol-Fed Rabbits. Comparison with Lovastatin / R.H. Boger, S.M. Bode-Boger [et al.] // *Circulation*. — 1997. — 96. — 1282-1290.

24. Торкунов П.А. Кардиопротекторное действие таурина / П.А. Торкунов // *Экспериментальная и клиническая фармакология*. — 1997. — № 5. — С. 72-77.

25. Карпов Ю.А. Стабильная ишемическая болезнь сердца: стратегия и тактика лечения: Монография / Ю.А. Карпов, Е.В. Сорокин. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Мед. информ. агентство, 2012. — 272 с.

26. Радченко А. Диета DASH снижает жесткость сердца / А. Радченко, Е. Торбас // *Артериальная гипертензия*. — 2013. — № 6(32). — С. 44.

Отримано 11.06.14 ■

Решетиллов Ю.И., Богослав Т.В., Кузнецова Л.Ф.

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

### ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

**Резюме.** Несмотря на разработку превентивных и лечебных мероприятий, стандартов ведения больных, артериальная гипертензия остается одним из наиболее распространенных хронических заболеваний человека. По данным официальной статистики Министерства здравоохранения Украины на 1 января 2011 года, 32,2 % взрослого населения страны имеют артериальную гипертензию. По данным Всемирной организации здравоохранения, профилактика, направленная на изменение образа жизни, является универсальной «вакциной» против артериальной гипертензии, а применение

немедикаментозных мер способствует уменьшению ее новых случаев на 50 %. В статье изложены основные диетологические рекомендации для больных с артериальной гипертензией, их обоснованность с учетом патогенетических аспектов формирования артериальной гипертензии и развития атеросклеротических изменений с целью повышения качества медикаментозного лечения, профилактики кардиоваскулярных осложнений.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, лечебное питание.

Reshetilov Yu.I., Bogoslav T.V., Kuznetsova L.P.

State Institution «Zaporizhya Medical Academy of Postgraduate Education of Ministry of Healthcare of Ukraine», Zaporizhya, Ukraine

### FEATURES OF NUTRITIONAL THERAPY IN PATIENTS WITH HYPERTENSION

**Summary.** Despite the development of preventive and therapeutic measures, standards for management of patients, hypertension remains one of the most common chronic diseases of a human. According to official statistics of the Ministry of Healthcare of Ukraine on 1 January 2011, 32.2 % of the adult population suffer from hypertension. According to the World Health Organization, prevention, aimed at changing the lifestyle, is a universal «vaccine» against

hypertension, and the use of non-drug measures can reduce its new cases by 50 %. The article describes the main dietary recommendations for patients with hypertension, their validity in view of the pathogenetic aspects of the formation of hypertension and the development of atherosclerotic changes in order to improve the quality of medical treatment, prevention of cardiovascular complications.

**Key words:** hypertension, nutritional therapy.