

ВПЛИВ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІЄТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПОКАЗНИКИ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

¹Коваль М.М., ¹Нанівський І.І., ²Варламов Д.О., ³Ястремська М.С.

¹Українська військово-медична академія

²Ірпінський військовий госпіталь (Клінічна база УВМА)

Резюме: *Стаття присвячена застосуванню розвантажувально-дієтичної терапії в лікуванні хворих з артеріальною гіпертензією та супутнім аліментарно-конституційним ожирінням. Встановлено, що розвантажувально-дієтична терапія є високоефективним немедикаментозним методом лікування даних хворих, яка викликає швидке покращання клінічного стану у хворих, сприяє зниженню артеріального тиску та призводить до значної втрати маси тіла. Ефективність лікування знаходиться в прямій залежності від ступеня ожиріння, форми артеріальної гіпертензії, а також стадії есенціальної артеріальної гіпертензії, віку хворого та тривалості розвантажувального періоду.*

Ключові слова: *артеріальна гіпертензія, аліментарно-конституційне ожиріння, розвантажувально-дієтична терапія.*

Актуальність теми. Артеріальна гіпертензія (АГ) є однією із провідних проблем сучасної медицини, належить до найбільш поширених і важких за прогнозом захворювань серцево-судинної системи. Високий артеріальний тиск є фактором ризику багатьох патологічних станів і захворювань серцево-судинної системи: атеросклероз, гіпертрофія лівого шлуночка та серцева недостатність, ішемічна хвороба серця (інфаркт міокарда), цереброваскулярні захворювання (ішемічні та геморагічні ураження мозку), ниркова недостатність [0,0]. Тому одним із пріоритетних напрямків реалізації Програми профілактики та лікування АГ в Україні є розробка і втілення нових технологій діагностики та лікування [0].

Незважаючи на наявність багатьох досліджень, що стосуються терапії хворих на АГ, результати лікування не завжди задовільні. Різноманітні редуковані дієти, які часто супроводжуються дисбалансом макро- або мікронутрієнтів, а також побічні ефекти та ускладнення, в тому числі алергічні реакції, що зумовлюються медикаментозною терапією, спонукали до вивчення немедикаментозних методів лікування, в тому числі і до розвантажувально-дієтичної терапії (РДТ). РДТ, поєднуючи в собі особливий різновид дієтотерапії, є неспецифічним фізіологічним стресом, який забезпечує мобілізацію та активацію внутрішніх саногенних сил організму [0,0, **Ошибка! Источник ссылки не найден.**]. Наявні повідомлення про можливість застосування методу РДТ в комплексній терапії АГ з супутнім аліментарно-коституційним ожирінням (АКО) малочисельні, а оцінка ефективності здійснюється на основі динаміки суб'єктивних даних, крім того недостатньо інформативними є лабораторні показники, які не в повній мірі відображають специфіку впливу даного методу на регулюючі системи організму, метаболізм, зміни функцій інших органів та систем. Критерії застосування РДТ у хворих на дану патологію

розроблені недостатньо, що стало підставою для їхнього поглибленого вивчення.

РДТ є різновидом дієтотерапії, в основі якої лежить неспецифічний субмаксимальний стресовий вплив, що призводить до мобілізації внутрішніх саногенних сил організму. РДТ являє собою природний загальнооздоровчий метод, який мобілізує та підвищує захисні сили організму, що дає можливість використовувати його для лікування широкого кола захворювань, зокрема соматичних: серцево-судинні захворювання, шлунково-кишкові, хвороби суглобів, органів дихання, шкірні захворювання, алергії, ожиріння, функціональні порушення нервової системи, цукровий діабет, ряд психічних розладів.

Досвід застосування РДТ при лікуванні хворих на гіпертонічну хворобу підтверджує його достатню ефективність. У процесі лікування спостерігається зменшення головних болів, запаморочення, болів в області серця, також зменшується задишка, з'являється відчуття бадьорості, підвищується життєвий тонус, нормалізується АТ. Ефект лікування знаходиться в прямій залежності від стадії і форми гіпертонії, віку хворих. АТ швидко нормалізувався в осіб з м'якою формою артеріальної гіпертензії, а також при ГХ II ст в поєднанні з аліментарним ожирінням. Стабільність зниження АТ знаходиться в прямій залежності від вихідних величин АТ, тривалості захворювання та психосоматичної реактивності пацієнта.

Основні гемодинамічні зміни при РДТ зумовлені зменшенням маси тіла та інтенсивності кровообігу в органах черевної порожнини, що призводить до зниження опору у великому колі кровообігу, покращенню кровоплину в інших органах і тканинах, зменшенню периферичного судинного -опору. Важливо те, що покращується кровоплин в ішемізованих органах і тканинах, розширюються спазмовані та резервні судини. Відбувається зниження активності ренін-ангіотензин-альдостеронової системи та екскреції катехоламінів. Як наслідок зменшується АТ і навантаження на серце.

Позитивні зміни, що мають місце в процесі РДТ, виражаються в покращенні центральної гемодинаміки. У пацієнтів з проявами серцевої недостатності, зумовленої систолічною дисфункцією лівого шлуночка, має місце зменшення або нормалізація розмірів і підвищення фракції викиду лівого шлуночка. Спостерігається також покращення діастолічного наповнення лівого шлуночка при його діастолічній дисфункції. Тривала стабілізація АТ у хворих з гіпертрофією міокарду лівого шлуночка призводить до зворотнього розвитку цієї гіпертрофії, що свідчить про позитивний вплив РДТ на основні патогенетичні моменти розвитку ГХ і, зокрема, формування гіпертонічного серця. [0,0,0,0].

Мета дослідження: Дослідити зміни добового профілю артеріального тиску та частоти серцевих скорочень за результатами лікування розвантажувально-дієтичної терапії.

Клінічна характеристика контингенту обстежених хворих та методи дослідження: У відділенні нетрадиційних методів лікування Клінічної бази Української військово-медичної академії було обстежено 50

хворих (30 чоловіків та 20 жінок) з гіпертонічною хворобою 2 стадії та супутнім аліментарно-конституційним ожирінням. Середній вік обстежених хворих склав 54,2 ± 1,82 роки.

РДТ проводили відповідно до методики Ніколаєва Ю.С. (1979), Кокосова О.М. і співавт. (1980), Кузіва П.П. (1996). Курс лікування призначався індивідуально, тривав 10-12 днів, включав у себе два послідовні періоди: розвантажувальний (повна відмова від їжі із вживанням води) та відновного дієтичного харчування, який полягав у поступовому переході організму на екзогенне харчування.

Медикаментозне лікування включало сечогінні засоби, бета-адреноблокатори, антагоністи кальцію, інгібітори АПФ. Обстеження проводилось до лікування та в кінці проведеного лікування.

Клінічну ефективність РДТ та фармакологічних середників оцінювали з урахуванням клініко-лабораторних змін, динаміки маси тіла, офісних показників частоти серцевих скорочень (ЧСС), АТ, та добового моніторингу.

Всім хворим крім загальноприйнятих клінічних та лабораторних обстежень проводилось щоденне триразове вимірювання артеріального тиску (АТ) та ЧСС, контроль маси тіла. До проведення лікування та на 10 добу лікування проводили добовий моніторинг АТ та ЧСС.

Моніторинг артеріального тиску проводився протягом 1 доби за допомогою апаратів АВРМ-04 та "CardioTens" ("Meditech", Угорщина) згідно рекомендацій ІV міжнародної конференції з проблем добового моніторингу артеріального тиску (Бельгія, 1994).

Результати моніторингу аналізувались на комп'ютері за допомогою програми АВРМБАЗЕ 1.32. Аналізували такі параметри: середньодобовий середній артеріальний тиск (СерАТсд), середньодобовий систолічний артеріальний тиск (САТсд), середньоденний систолічний артеріальний тиск (САТд), середньонічний систолічний артеріальний тиск (САТн), середньодобовий діастолічний артеріальний тиск (ДАТсд), середньоденний діастолічний артеріальний тиск (ДАТд), середньонічний діастолічний артеріальний тиск (ДАТн), частоту серцевих скорочень (ЧСС). Варіабельність артеріального тиску (ВарАТ) за певний інтервал часу (доба, день, ніч) оцінювали за величиною стандартного відхилення АТ. Враховуючи, що гранично допустимі значення АТ та його варіабельності за даними добового моніторингу на сьогодні ще остаточно не встановлені, ми користувались рекомендаціями Російського кардіологічного наукового центру (1996), які найбільш прийняті в країнах СНД [12,13 14].

Варіабельність АТ вважалась підвищеною, якщо вона перевищувала нормальні показники хоча б за один період часу (день, ніч, доба). Добова ВарСАТ, ВарДАТ, ВарСерАТ у здорових осіб віком від 20 до 60 років складає близько 10% від середнього рівня САТ і ДАТ. В порівнянні із здоровими для більшості хворих на ГХ (75%) характерна висока варіабельність АТ [12, 14]. Виразність двофазного ритму АТ оцінювали за перепадом "день-ніч", або за ступенем нічного зниження АТ (СНЗ САТ, СНЗ ДАТ, СНЗ СерАТ).

Математичну обробку отриманих результатів проводили відповідно до загальнопоширених методик варіаційної статистики. Статистичне опрацювання отриманих результатів дослідження проводили на ПЕОМ з використанням стандартної комп'ютерної програми "Microsoft Excel 2000". Використовували t-критерій Стьюдента для оцінки різниці вихідних характеристик хворих основних груп. Величини $P < 0,05$ оцінювались як достовірні.

Результати досліджень та їх обговорення. Аналізуючи клінічні зміни у хворих на гіпертонічну хворобу із супутнім АКО, встановлено, що вже з 4 - 5 дня розвантажувального періоду, зменшувались або зникали скарги на головну біль, загальну слабкість, задишку, зникала емоційна лабільність, нормалізовувався сон, покращувався настрій, з'являлось відчуття бадьорості. Відбувалась перебудова психосоматичного стану, яка забезпечувала підвищення життєвого тону і працездатності. У всіх хворих відмічався виражений оздоровчий ефект щодо редукції інших супутніх захворювань.

Аналіз динаміки маси тіла та офісних показників ЧСС та АТ в пацієнтів в процесі лікування проводився у відповідності з групами дослідження (чоловіки та жінки), а також порівняльна характеристика цих змін між ними. Клінічну картину доповнювала позитивна динаміка маси тіла. Так, за 9-12 днів пересічного перебування у клініці середня втрата маси тіла складала у чоловіків $8,0 \pm 0,70$ кг ($p < 0,05$), з початковою масою тіла $113,4 \pm 3,93$ кг. Паралельно зменшенню маси тіла відбувалось достовірне зниження рівня АТ. Так, зниження АТ починалось з 3 – 5 дня розвантажувального періоду, досягаючи нормалізації по завершенні лікування. Рівень САТ зменшився у чоловіків на $25,2 \pm 3,39$ мм рт.ст. ($p < 0,001$) з початковим підвищенням до $160,5 \pm 4,96$ мм рт. ст., ДАТ відповідно – на $15,2 \pm 2,81$ мм рт.ст. ($p < 0,001$) з початкового $98,8 \pm 2,52$ мм рт.ст; що вказує на достовірність результатів.

У жінок відповідно маса тіла знизилась на $7,2 \pm 0,49$ кг ($p < 0,05$), при початковій масі $104,2 \pm 3,23$ кг. Рівень САТ у жінок становив $156,3 \pm 4,07$ мм рт.ст., ДАТ – $96,33 \pm 2,33$ мм рт.ст., після проведеного лікування спостерігалось зменшення САТ на $29,7 \pm 3,51$ мм рт.ст. ($p < 0,001$), ДАТ на $17,3 \pm 2,53$ мм рт.ст. ($p < 0,001$), що також вказує на достовірність результатів.

Зауважмо, що у всіх хворих рівень САТ і ДАТ достовірно знизився і при катанестичному обстеженні протягом 6 – 12 місяців ці зміни зберігались. Динаміка ЧСС у хворих на фоні РДТ мала дещо зростаючий характер, що пояснюється стресогенним фактором на організм, однак в кінці відновного періоду і подальше ЧСС набувала вихідного рівня.

За даними добового індексу (ДІ) було оцінено динаміку ступеня нічного зниження АТ у відповідності до категорії хворих, а саме: на початку проведення РДТ процентне співвідношення чоловіків та жінок складалося слідуєчим чином: у чоловіків 16,7% - складали особи з нормальним нічним зниженням АТ (Dippers), 50 % - особи з недостатнім нічним зниженням АТ (Non-dippers), 10% - з значним зниженням АТ (Over-dippers) і 6,7 %-особи з нічною гіпертензією (Night-peakers). Після

проведення РДТ (9-12днів) ці показники склали відповідно: Dippers 66,7%, Non-dippers 16,7%, Over-dippers 10%, Night-peakers 6,7%. (див рисунок 1)

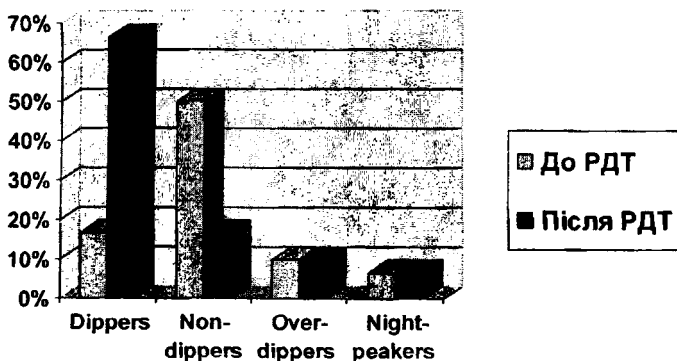


Рис. 1 Динаміка ступеня нічного зниження АТ у чоловіків

У жінок вихідний рівень склав: 25%- Dippers, після терапій цей показник підвищився до 70%, Non-dippers-50 % після лікування 15%, особи з Over-dippers склали 20% в кінці терапії показник зменшився на 10%, показник Night-peakers складав 5% і після терапії не змінився. (Рис. 2)

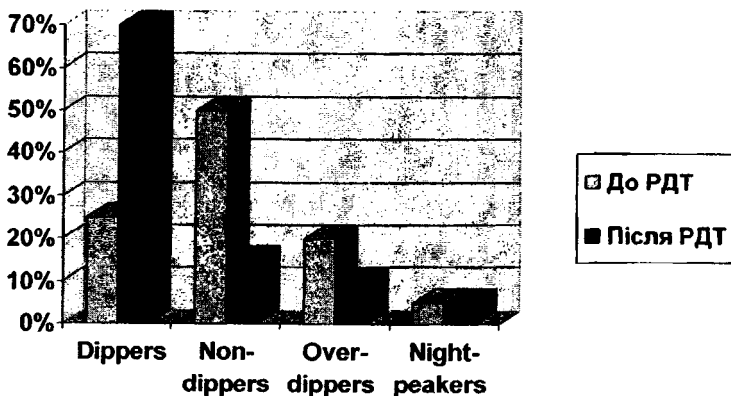


Рис. 2 Динаміка ступеня нічного зниження АТ у жінок

На обох рисунках показана динаміка зміни ступеня нічного зниження АТ у пацієнтів до і після РДТ. Слід відмітити, що процентне співвідношення осіб з нормальним нічним зниженням АТ(Dippers) та з недостатнім нічним зниженням АТ(Over dippers) змінилося в бік стабілізації даних показників.

Зміни основних гемодинамічних показників за даними добового моніторингу оцінювалися також в кожній групі окремо (чоловіки та жінки) і давалася порівняльна характеристика цих груп між собою. У групі чоловіків після РДТ відбулося достовірне зниження САТ сер до $131,8 \pm 4,36$ мм рт.ст. з вихідним рівнем $158 \pm 4,65$ мм рт.ст ($p < 0,001$) та ДАТ сер до $79,3 \pm 2,51$ мм рт.ст. з початковим рівнем $90,3 \pm 3,89$ мм рт.ст. ($p < 0,001$). Варіабельність САТ і ДАТ у чоловіків достовірно не змінилась ($p > 0,05$), але має тенденцію до вирівнювання. Час підвищення САТ та ДАТ достовірно знизився. ЧСС (сер) практично не змінилась (див. табл.1).

Таблиця 1

Показники зміни основних гемодинамічних параметрів у чоловіків за даними добового моніторингу артеріального тиску

Показники	До лікування	Після лікування	P
САТ сер (мм рт.ст.)	$158 \pm 4,65$	$131,8 \pm 4,36$	$< 0,001$
ДАТ сер (мм рт.ст.)	$90,3 \pm 3,89$	$79,3 \pm 2,51$	$< 0,001$
ЧСС сер	$71,6 \pm 4,09$	$74,3 \pm 2,30$	$> 0,05$
SD САТ	$17,2 \pm 1,31$	$14,1 \pm 0,70$	$> 0,05$
SD ДАТ	$12,1 \pm 0,87$	$10,6 \pm 0,51$	$> 0,05$
SD ЧСС	$10,6 \pm 1,55$	$9,2 \pm 0,68$	$> 0,05$
Hl dx САТ	$86,2 \pm 4,33$	$45,6 \pm 8,40$	$< 0,001$
Hl dx ДАТ	$52,8 \pm 10,22$	$25,4 \pm 5,61$	$< 0,001$

У групі жінок після РДТ, САТ сер достовірно знизився на $11,4 \pm 0,04$ мм рт.ст ($p < 0,001$) з початковим рівнем $138,0 \pm 2,36$ мм рт. ст. ДАТ сер знизився на $3,6 \pm 0,05$ мм рт. ст., але не достовірно ($p > 0,05$). Варіабельність САТ і ДАТ та ЧСС практично не змінилась. ЧАС підвищення САТ і ДАТ також достовірно знизився ($p < 0,001$) (див. табл.2).

Таблиця 2

Показники зміни основних гемодинамічних параметрів у жінок за даними добового моніторингу артеріального тиску

Показники	До лікування	Після лікування	P
САТ сер (мм рт.ст.)	$138,0 \pm 2,36$	$126,6 \pm 1,82$	$< 0,001$
ДАТ сер (мм рт.ст.)	$77,6 \pm 2,30$	$74,0 \pm 0,99$	$> 0,05$
ЧСС сер	$71,0 \pm 1,32$	$75,5 \pm 2,39$	$> 0,05$
SD САТ	$14,4 \pm 0,89$	$14,6 \pm 0,67$	$> 0,05$
SD ДАТ	$12,1 \pm 0,74$	$11,8 \pm 0,61$	$> 0,05$
SD ЧСС	$9,9 \pm 1,25$	$13,7 \pm 1,00$	$> 0,05$
Hl dx САТ	$50,8 \pm 5,75$	$28,4 \pm 3,61$	$< 0,001$
Hl dx ДАТ	$21,9 \pm 6,14$	$10,1 \pm 2,26$	$< 0,001$

Порівнюючи групи чоловіків та жінок за показниками добового моніторингу у хворих, незважаючи на позитивну динаміку після РДТ, вони між собою певною мірою відрізнялися ($p < 0,001$) (див.табл 3).

Таблиця 3.

Порівняльна характеристика змін гемодинаміки між групами

Показники	Чоловіки	Жінки	P
Δ САТ сер	$26,7 \pm 2,13$	$11,4 \pm 0,04$	$< 0,001$
Δ ДАТ сер	$11,0 \pm 2,01$	$3,6 \pm 0,05$	$< 0,001$
Δ SD САТ	$3,1 \pm 0,12$	$0,2 \pm 0,01$	$< 0,001$
Δ SD ДАТ	$1,5 \pm 0,36$	$0,3 \pm 0,13$	$< 0,001$
Δ Hl dx САТ	$40,6 \pm 3,89$	$22,4 \pm 2,46$	$< 0,001$
Δ Hl dx ДАТ	$27,4 \pm 4,31$	$11,8 \pm 3,15$	$< 0,001$

Отже, як видно з таблиці у групі чоловіків за даними добового моніторингу артеріального тиску відбулося достовірно більше зниження та покращення показників у порівнянні з групою жінок ($p < 0,001$).

Висновки

1. Розвантажувально-дієтична терапія є високоефективним немедикаментозним методом лікування хворих на гіпертонічну хворобу з супутнім АКО, яка викликає швидке покращання клінічного стану у хворих, сприяє зниженню систолічного артеріального тиску, за даними добового моніторингу, у чоловіків на 26,3 мм.рт.ст, діастолічного артеріального тиску – на 11,0 мм.рт.ст.; у жінок відповідно систолічний артеріальний тиск знизився на 11,4 мм.рт.ст. діастолічний артеріальний тиск на 3,6 мм.рт.ст, та призводить до значної втрати маси тіла в середньому на 9,86 %.

2. Ефективність лікування знаходиться в прямій залежності від ступеня ожиріння, форми артеріальної гіпертензії, а також стадії есенціальної артеріальної гіпертензії, віку хворого та тривалості розвантажувального періоду.

3. Ефективність розвантажувально-дієтичної терапії у хворих на гіпертонічну хворобу з супутнім аліментарно-коституційним ожирінням зумовлена покращанням показників центральної гемодинаміки, зменшенням впливів симпатичної ланки вегетативної нервової системи.

Практичне значення одержаних результатів. Проведені дослідження дозволяють рекомендувати розвантажувально-дієтичну терапію, як доступний і ефективний метод лікування хворих на гіпертонічну хворобу з супутнім аліментарно-коституційним ожирінням, що не дає серйозних ускладнень та забезпечує стійку ремісію. Доведена доцільність застосування РДТ у хворих на гіпертонічну хворобу з супутнім аліментарно-коституційним ожирінням з метою зменшення маси тіла, нормалізації АТ, ліпідного обміну, в тому числі у тих пацієнтів, у яких попереднє лікування було малоєфективним. Даний метод лікування простий у виконанні і може бути використаний у будь-якому терапевтичному стаціонарі при наявності підготовленого медичного персоналу.

Література

1. Альтернативная и комплиментарная медицина в предотвращении и лечении сердечно-сосудистых заболеваний (Укр. Мед. вісник) // *Terapia* №4 (46) 2010 р. с. 11-18

2. Артеріальна гіпертензія: епідеміологія і статистика. (Інформ. Укр. наук. товариства кардіологів) // Укр. кард. журн. – 2009. – № 6. – С. 3-8.

3. Артеріальна гіпертензія (Практическое руководство) // Е.П. Свищенко; В.Н. Коваленко – К.: Морион, 2001. – 528с.

4. Вуколова З.П., Оганова А.Г., Ашихмина М.В. Опыт лечения гипертонической болезни сочетанием иглорефлексотерапии и разгрузочно-диетической терапии. // *Тер. архив.* - 1998, №8, С.41-45

5. Даутов Ю.Ю., Чермит К.Д., Уракова Т.Ю., Ожева Р.Ш., Тхакушинова М.Ю., Хокон Р.М. Оценка эффективности комплексной эндозкологической реабилитации с использованием разгрузочно-диетической терапии лиц с ожирением. – В кн.: Разгрузочно-диетическая терапия и традиционная медицина/ Под ред. А.Н. Кокосова. – СПб.: СпецЛит, 2005. – (серия «Байкальские чтения»), С. 77-79.

6. Дерпак Ю.Ю. Вплив розвантажувально-дієтичної терапії на клінічний перебіг гіпертонічної хвороби //Буковинський мед. вісник. – 1999. – Т. 3. - № 2. С. 51 - 54.

7. Козачок М.М., Коваль М.М., Марущенко К.Ю., Варламов Д.О. Застосування розвантажувально-дієтичної терапії в клініці внутрішніх хвороб // Проблеми військової охорони здоров'я. Зб. наук. пр. Української військово-медичної академії. - К.: УВМА, 2008. - Вип. 23. - С. 89-98.

8. Кокосов А.Н., Луфт В.М., Ткаченко В.И. и др. Разгрузочно-диетическая терапия в клинике внутренних болезней. - С-П., Из-во «Специальная литература», 1994, 56 с.

9. Кокосов А.Н., Луфт В.М., Ткаченко Е.И., Хорошилов Е.И. Лечебное голодание при внутренних болезнях. СПб, изд-во «Лань», 1999 г., 245 с.

10. Кузів П.П. Розвантажувально-дієтична терапія в клініці внутрішніх хвороб: історія, обґрунтування, застосування, оцінка ефективності та перспективи розвитку // Матеріали конференції "Наука і здоров'я". - Тернопіль: Тернопільська державна медична академія, 2004. - С.21-28.

11. Кузів П.П., Дерпак Ю.Ю. Ефективність розвантажувально-дієтичної терапії в поєднанні з альфа-токоферолом у хворих на ожиріння з артеріальною гіпертензією // Буковинський медичний вісник. 2003. – Т. 7, № 3. С. 42 – 45.

13. Ольбинская Л.И., Мартынов А.И., Хапаев Б.А. Мониторирование артериального давления в кардиологии. - М.:Изд. дом "Русский врач", 1998. – 100 с.

14. Сіренко Ю.М. Артеріальна гіпертензія 2001. – К.: МОРІОН, 2001. – 176 с.

15. Смірнова І.П., Свіщенко С.П., Горбась І.М.. Артеріальна гіпертензія: Національна програма профілактики і лікування в Україні // Діагностика та лікування. - 1997. - № 4. - С. 51-53.

ВЛИЯНИЕ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ГЕМОДИНАМИКУ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Коваль Н.Н., Нанівський І.И., Варламов Д.А., Ястремская М.С.

Резюме: *Статья посвящена применению разгрузочно-диетической терапии в лечении больных с артериальной гипертензией и сопутствующим алиментарно-конституционным ожирением. Установлено, что разгрузочно-диетическая терапия является высокоэффективным немедикаментозным методом лечения данных больных, вызывает быстрое улучшение клинического состояния у больных, способствует снижению артериального давления и приводит к значительной потере массы тела. Эффективность лечения находится в прямой зависимости от степени ожирения, формы артериальной гипертензии, а также стадии эссенциальной артериальной гипертензии, возраста больного и длительности разгрузочного периода.*

Ключевые слова: *артериальная гипертензия, алиментарно-конституционное ожирение, разгрузочно-диетическая терапия.*

INFLUENCE OF RAZGRUZOCHNO-DIETARY THERAPY ON HAEMODYNAMICS AT SICK OF HYPERTENSIVE ILLNESS

N.Koval, I.Nanivsky, D.Varlamov, M.Jastremsky

Summary. *The resume: Article is devoted application of razgruzochno-dietary therapy in treatment of patients with an arterial hypertension and accompanying alimentarno-constitutional adiposity. It is established that razgruzochno-dietary therapy is a highly effective non-drug method of treatment of the given patients, causes fast improvement of a clinical condition in patients, promotes decrease in arterial pressure and leads to considerable loss of weight of a body. Efficiency of treatment is in direct dependence on degree of adiposity, the form of an arterial hypertension, and also a stage эссенциальной an arterial hypertension, age of the patient and duration of the unloading period.*

Keywords: *an arterial hypertension, the alimentarno-constitutional adiposity, razgruzochno-dietary therapy.*