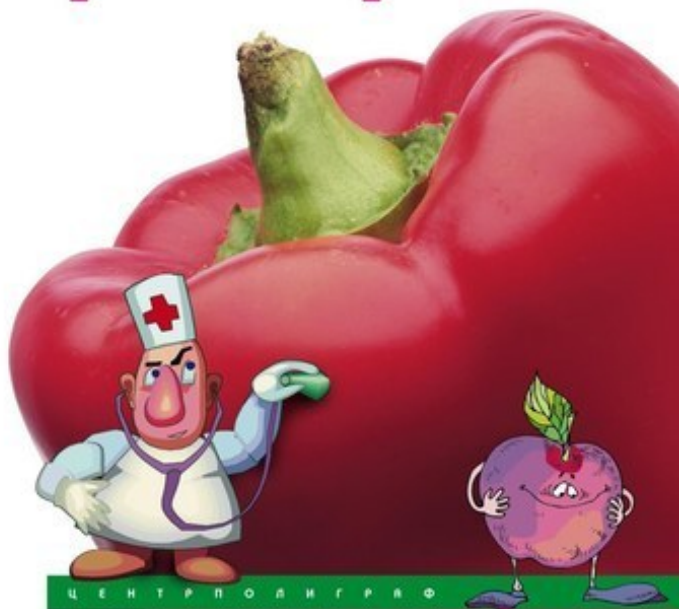




И. Пигулевская

лечебное **питание**

питание при гипертонии



Ирина Станиславовна Пигулевская

Питание при гипертонии

Издательский текст

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=648305

Питание при гипертонии: Центрполиграф; М.; 2008

ISBN 978-5-9524-3742-5

Аннотация

Гипертония – одно из наиболее часто встречающихся заболеваний сердечно-сосудистой системы. К сожалению, она не щадит ни рабочий люд, ни сильных мира сего. На всех ее стадиях обязательно рекомендована диета, при соблюдении которой возможно замедление развития болезни и длительное поддержание трудоспособности, ведь правильно подобранная пища может служить отличным лекарством. Не надо пугаться, что теперь еда будет однообразной и невкусной.

Содержание

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ГИПЕРТОНИИ	4
ХАРАКТЕРИСТИКА ПИТАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ	15
Белки	15
Жиры	18
Конец ознакомительного фрагмента.	20

Ирина Пигулевская

Питание при гипертонии

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ГИПЕРТОНИИ

Гипертоническая болезнь (греч. hyper + tonos напряжение; синоним: эссенциальная артериальная гипертензия, первичная артериальная гипертензия) – заболевание сердечно-сосудистой системы, главным проявлением которого является повышение кровяного давления. Может быть первичной, эссенциальной (гипертоническая болезнь), или вторичной (симптоматической).

Впервые гипертония была описана Г.Ф. Лангом в 1922 году. Причины возникновения гипертонической болезни до конца еще не выяснены. Существуют две точки зрения на ее возникновение.

Первая исходит из ведущей роли нарушения нервной регуляции сосудистого тонуса на фоне ряда факторов: наследственная недостаточность гормональных механизмов, регулирующих состояние сосудистой системы; перенесенные в прошлом заболевания почек, обуславливающие нарушение кровообращения в них, возрастные изменения сосудов (осо-

бенно головного мозга и почек); эндокринные нарушения при климаксе. Нервно-психическое напряжение, хроническое переутомление при наличии предрасполагающих факторов приводят к спазму артериол и повышению кровяного давления.

Вторая точка зрения исходит из положения о роли прессорного (повышающего кровяное давление) и депрессорного факторов почки в повышении давления. Определенные неполадки в почках могут вызвать повышение кровяного давления. Однако почка обладает и депрессорными, понижающими кровяное давление, свойствами. Истощение этих свойств может привести, по мнению приверженцев почечной теории, к преобладанию прессорного действия и развитию гипертонии.

Нормальное артериальное давление здорового взрослого человека составляет 100–129 мм рт. ст. (верхнее) и 70–80 мм рт. ст. (нижнее). Если давление выше этих величин, но ниже 140 (верхнее) и 90 (нижнее), его называют «нормальным повышенным». У детей величина систолического давления может быть ориентировочно высчитана по формуле $80 + 2a$, где a – число лет жизни ребенка.

Повышенным считается систолическое (верхнее) давление выше 160 мм рт. ст. и диастолическое (нижнее) выше 90 мм рт. ст.

Частота заболеваемости гипертонической болезнью увеличивается с возрастом. Так, до 40 лет чаще боле-

ют мужчины, после 40 лет заболеваемость среди женщин и мужчин приблизительно одинакова. Гипертония – одно из наиболее частых заболеваний сердечно-сосудистой системы городского населения и встречается почти в 3 раза чаще, чем у сельских жителей. Чаще болеют люди, труд которых в большей степени связан с нервно-психическим напряжением: инженерно-технический персонал, рабочие точных производств, менеджеры и т. д.

Под артериальной гипертонией понимают стабильно повышенное ($\geq 140/90$ мм рт. ст.) артериальное давление. То есть врач неоднократно (минимум три раза), при разных визитах, в разное время, отметит наличие повышенных цифр артериального давления у данного пациента. У части больных артериальное давление может при некоторых измерениях оставаться нормальным, а у других – повышено практически при всех измерениях.

У пациентов с впервые выявленной или нелеченной артериальной гипертонией принято выделять три степени артериальной гипертонии. Первая степень (мягкая): систолическое давление – 140–159 мм рт. ст., диастолическое – 90–99 мм рт. ст. Вторая степень (умеренная): систолическое – 160–179, диастолическое – 100–109. Третья степень (тяжелая): систолическое – 180 и более, диастолическое – 110 и более.

Часто наблюдаются ситуации, когда у человека систолическое и диастолическое давление относятся к разным степеням. В этом случае присваивается более высокая степень.

У некоторых больных, особенно часто это встречается у пожилых людей, а также у больных с повышенной функцией щитовидной железы, имеется подъем только систолического артериального давления (≥ 140 мм рт. ст.), при этом диастолическое давление остается нормальным (< 90 мм рт. ст.). Такую гипертонию называют «изолированной систолической гипертонией».

Жалобы, с которыми больные обращаются к врачу в ранних стадиях болезни, носят неспецифический характер; отмечаются утомляемость, раздражительность, бессонница, общая слабость, сердцебиение. Позже у большинства больных появляются жалобы вначале на периодическую, затем частую головную боль, обычно утреннюю, типа «тяжелой головы», затылочной локализации, усиливающуюся в горизонтальном положении больного, уменьшающуюся после ходьбы, приема чая или кофе. Такого рода головная боль, характерная для больных гипертонией, наблюдается иногда и у лиц с нормальным давлением.

По течению **гипертонию** разделяют на 3 стадии.

I стадия. Фаза А – латентная: давление обычно нормальное и повышается лишь в момент эмоционального напряжения, под действием холода, боли и некоторых других внешних раздражителей. Фаза Б – транзиторная. Артериальное давление (АД) повышается периодически, главным образом под влиянием внешних раздражителей, и возвращается к нормальному уровню без лечения; гипертонические кризы

наблюдаются редко. Иногда в этой стадии выявляют сужение мелких артерий и расширение вен глазного дна. Признаки начальной гипертрофии левого желудочка сердца обнаруживаются только специальными методами исследования (эхокардиографически, рентгенологически). Изменения почек, головного мозга отсутствуют.

II стадия. Фаза А – лабильная гипертензия: АД постоянно повышено, но уровень его неустойчив, оно может нормализоваться под влиянием щадящего режима. Гипертрофия левого желудочка сердца легко определяется по усилению верхушечного толчка, смещению левой границы кнаружи, по данным ЭКГ. На глазном дне нередко выявляют извитость артерий и симптом перекреста I степени (сужение вены в месте ее перекрещивания с артерией). Чаше, чем в I стадии, возникают сосудистые кризы. Фаза Б – стабильная гипертензия: значительное и стойкое повышение АД, которое не снижается без применения лекарственных средств. Гипертонические кризы учащаются и протекают более тяжело. Изменения в сердце усиливаются и становятся многообразными. Нередко имеются признаки сопутствующего атеросклероза. Ангиопатия сетчатки глаза резко выражена (артерии сужены, извиты, вены значительно расширены); отмечается симптом перекреста II–III степени (умеренное или значительное растяжение вены ближе и дальше области перекреста с артерией и резкое сужение в месте перекрещивания с ней). Калибр артерий становится неравномерным, нередко

они имеют вид «серебряной проволоки». В этой фазе болезни могут наблюдаться дистрофические изменения внутренних органов (в первую очередь мозга, сердца и почек) вследствие расстройств кровообращения в них.

III стадия. Фаза А – артериолосклеротическая компенсированная. АД стойко и значительно повышено, снижается только при использовании комбинаций антигипертензивных (понижающих давление) средств. Присоединяются признаки артерио л о склероза почек (снижение концентрационной функции, уменьшение почечного кровотока, в моче появляется небольшое количество белка и эритроцитов), склероза сосудов сердца (кардиосклероза), склероза мозговых сосудов (снижение памяти, концентрации внимания и др.), но трудоспособность некоторых больных частично сохранена. Фаза Б – артериолосклеротическая декомпенсированная, в том числе за счет осложнений. Характеризуется тяжелыми нарушениями функции внутренних органов, что делает больных полностью нетрудоспособными (почечная или сердечная недостаточность; тяжелая церебро-васкулярная недостаточность, часто с очаговыми неврологическими нарушениями; гипертоническая ангио– и нейроретинопатия).

Возникновение инфаркта миокарда или ишемического инсульта само по себе не является основанием для диагноза III стадии гипертонической болезни; эти заболевания значительно чаще бывают проявлением атеросклероза (а не арте-

риолосклероза) и могут развиваться в любой стадии, а также при отсутствии гипертонии.

В III стадии АД может быть несколько ниже, чем во II, вследствие снижения пропульсивной функции сердца («обезглавленная гипертензия») или нарушений мозгового кровообращения. Для обеих фаз III стадии характерны тяжелые изменения сосудов и нервных структур глазного дна. Могут наблюдаться массивные кровоизлияния в сетчатку, и др.

Классификация гипертонии по стадиям, и особенно по фазам, в известной мере условна, так как прогрессировать болезни может происходить разными темпами. По характеру прогрессирования симптомов гипертонической болезни и ее продолжительности выделяют четыре варианта течения: быстро прогрессирующий (злокачественный), медленно прогрессирующий; не прогрессирующий и вариант обратного развития.

Для злокачественной формы характерно быстрое прогрессирование, причем АД с самого начала заболевания стойко держится на высоких цифрах и часто имеет тенденцию к дальнейшему повышению; очень рано развиваются органические изменения, свойственные конечным стадиям гипертонии (тяжелая нейроретинопатия, артериолосклероз и артериолонекроз (гибель артериол) в почках и других органах, сердечная недостаточность, нарушения мозгового кровообращения). Заболевание при отсутствии активного лече-

ния заканчивается смертью больных через 1–2 года после появления первых симптомов. Лечение может значительно затормозить развитие заболевания и даже, по данным ряда авторов, привести к переходу его течения в медленно прогрессирующее.

Несмотря на то что при гипертонии поражаются сосуды всех областей, в симптоматике обычно преобладают признаки преимущественного поражения головного мозга, сердца или почек, что позволило Е.М. Тарееву (1945) выделить три формы гипертонической болезни – церебральную, кардиальную и почечную.

Чаще всего жалобы больных характерны для сосудистого поражения мозга: головокружение, шум в голове, расстройства сна; общего астенического состояния: повышенной утомляемости, снижения работоспособности, раздражительности, неустойчивости настроения, непереносимости жары и др. Наряду с этим у некоторых больных возможны заметные личностные изменения – появление склонности к самонаблюдению и фиксации даже незначительных изменений самочувствия, повышенной готовности к тревожным реакциям и симптомам страха и мнительности. Иногда уже на ранних стадиях гипертонической болезни выявляются признаки некоторого снижения уровня интеллектуальной деятельности, легкие расстройства памяти в виде неточной датировки событий, слабости запоминания, снижения темпа психической деятельности и др.

Профилактика гипертонии: возможное устранение нервного перенапряжения, стрессов, рациональная организация режима труда и отдыха, достаточный сон.

В лечении неотложная помощь необходима при гипертонических кризах, выбор средств лечения зависит от варианта криза. Во всех стадиях болезни лечение комплексное, включающее применение медикаментов, нелекарственных методов лечения, организацию быта и труда, обеспечивающую здоровый образ жизни, уменьшение стрессов. Людям с гипертонией назначают диету со сниженным содержанием натрия (не более 4 г поваренной соли в сутки). При сопутствующем ожирении используют низкокалорийные диеты, чтобы добиться нормализации веса.

В начальных стадиях болезни широко применяют нелекарственные методы лечения: рациональную психотерапию, методики расслабления (релаксации), аутотренинг, физические упражнения (при этом следует избегать большого объема физической работы). Больным с проявлениями эмоциональной гиперреактивности показаны валериана, пустырник, корвалол или транквилизаторы группы бензодиазепина (элениум, седуксен, нозепам, феназепам и др.) в индивидуально подобранных дозах. Другие психотропные средства (нейролептики, антидепрессанты) при необходимости назначает психоневролог.

Медикаментозная терапия антигипертензивными (понижающими давление) средствами начиная со II стадии гипер-

тонии проводится постоянно или многомесячными курсами (с перерывами в период затихания болезни) с соблюдением принципа рациональности фармакотерапии – достичь эффекта при минимальной дозе по возможности только одного индивидуально подобранного препарата (монотерапия). При этом к полной нормализации АД не следует стремиться в случаях стабильной артериальной гипертензии, когда некоторый ее уровень необходим для обеспечения должного кровотока через измененные сосуды органов (снижение АД ухудшает состояние больных), или в случаях, когда нормализация АД достигается лишь комбинацией медикаментов в их максимальных дозах с опасностью осложнений от самой фармакотерапии. Нередко целесообразно добиваться снижения систолического АД на 20–25 % от его уровня до начала лечения.

Лечебная физкультура показана всем больным гипертонией и во всех ее стадиях. В I и II стадиях применяются утренняя гимнастика (зарядка), лечебная гимнастика, дозированная ходьба, терренкур (восхождение по гористой местности), плавание, туризм, гребля, подвижные игры (волейбол, бадминтон, городки), лыжные прогулки. Основной является лечебная гимнастика, которая проводится ежедневно 20–30 минут. Рекомендуются общеразвивающие упражнения, чередующиеся с дыхательными; выполняются в спокойном темпе, без усилия и напряжения. Специальными упражнениями являются дыхательные, упражнения на расслабле-

ние различных мышечных групп, на тренировку вестибулярного аппарата и на координацию. В III стадии заболевания при развитии осложнений назначают лечебную гимнастику в положениях лежа и сидя, дозированную ходьбу. При наличии у больных головных болей, жалоб на головокружения рекомендуют массаж затылочной области головы и плечевого пояса (по 10–15 минут через день).

Во всех стадиях гипертонии больным рекомендуется диета. При нормализации веса, уменьшении потребления жидкости и соли возможно замедление прогрессирования болезни и длительное поддержание трудоспособности.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПИТАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ

Белки

Белки являются составной частью всех клеток и межклеточных структур. Белок – строительный материал организма. Он входит в состав ферментов, гормонов, гемоглобина, некоторых факторов свертывания крови, участвует в образовании антител, которые выполняют защитную роль и повышают сопротивляемость организма к инфекциям, обезвреживает токсические вещества, попавшие в организм, обеспечивает мышечные сокращения, образует комплекс с различными соединениями (белково-водные, белково-жировые, белково-углеводные, белково-витаминные, белково-минеральные и др.), способствуя фиксации их в организме. Белок также и источник энергии. При сгорании 1 г белка в организме образуется 4 ккал.

Белок не синтезируется в организме и не может быть заменен другими пищевыми веществами, но может участвовать в синтезе жиров и углеводов при недостаточном содержании их в пищевом рационе.

Белки пищевых продуктов, поступая в желудочно-кишеч-

ный тракт, под влиянием различных ферментов расщепляются на аминокислоты. Всего наш организм получает более 20 аминокислот, из которых 8 не синтезируются в организме. Они называются незаменимыми. К ним относятся валин, лизин, лейцин, изолейцин, метионин, триптофан, треонин, фенилаланин. Эти аминокислоты могут поступать к нам только с пищей. Недостаток любой аминокислоты нарушает синтез белка.

Триптофаном, лизином, метионином наиболее богаты мясо, рыба, молочные продукты, горох, фасоль, соя.

Лучше усваиваются белки животного происхождения (особенно молочных продуктов и рыбы), хуже – растительного. Перевариванию белков способствует тепловая обработка пищи.

Потребность организма в белках определяется возрастом, характером работы, некоторыми заболеваниями и составляет 90–110 г в сутки. Эта норма увеличивается во время беременности и кормления грудью (до 120 г), при тяжелой физической нагрузке, хронических инфекциях, хроническом энтероколите и других заболеваниях (до 130 г). Оптимальная норма белка суточного рациона взрослых людей составляет 1,5 г, для людей старше 70 лет – 1 г, для беременных женщин и кормящих матерей – 2 г на 1 кг массы тела.

Белковая недостаточность вызывает дефицит кальция и фосфора в костях, в результате чего нарушается костеобразование, замедляется рост костей, появляются атрофия

мышц, сухость и шелушение кожи, ломкость ногтей, ломкость и выпадение волос. При белковой недостаточности истощаются нервные клетки, замедляется развитие речи и психики, снижается образование гормонов различными железами (гипофизом, надпочечниками, щитовидной, половыми, поджелудочной), развиваются поносы, которые, в свою очередь, увеличивают белковую недостаточность в организме. Возникает ожирение и даже цирроз печени, нарушается кроветворение, уменьшается количество эритроцитов и лейкоцитов, изменяется обмен витаминов (А, D, С, группы В), минеральных веществ.

Однако вреден и избыток белка. Избыточность белка в питании в течение длительного времени вызывает увеличение размеров печени и почек, снижает активность некоторых ферментов печени, усиливает, а затем угнетает секреторную функцию желудка, повышает возбудимость центральной нервной системы. Излишнее количество белков в питании требует и повышенного количества витаминов.

Жиры

Это ценный источник энергии. При сгорании 1 г жиров в организме образуется 9 ккал. Поступившие и не использованные для жизнедеятельности жиры откладываются в жировой ткани и по мере необходимости используются организмом в качестве источника энергии. Жироподобные вещества (холестерин, фосфолипиды) участвуют в образовании клеточных оболочек.

В организме жир может синтезироваться из промежуточных продуктов белкового обмена и из углеводов. Однако жир, синтезированный из белков и углеводов, в отличие от жиров пищевых продуктов, содержит только насыщенные жирные кислоты. В состав же пищевых жиров входят высоконенасыщенные жирные кислоты, которые не синтезируются в организме и относятся к незаменимым. Их называют еще полиненасыщенными или эссенциальными. Наибольшее значение из них имеют линолевая, линоленовая и арахидоновая. Они обеспечивают нормальный рост и развитие организма, нормализуют эластичность сосудов, обмен холестерина, предупреждают развитие атеросклероза и ожирение печени, регулируют обмен некоторых витаминов, из них синтезируются тканевые ферменты простагландины, которые регулируют давление крови, сокращение мышц, деятельность ферментов и гормонов.

Полиненасыщенными жирными кислотами наиболее богаты растительные жиры. Линолевая кислота содержится (в %): в подсолнечном масле – 68,0, соевом – 58,8, кукурузном – 53,0, оливковом – 15,0. В жирах животного происхождения ее содержание гораздо ниже: в сливочном масле – 3,6, говяжьем жире – 2,2, свином – 6,8, гусином – 6,0, курином – 18–23 %. В организме линолевая кислота может превращаться в арахидоновую при участии витамина В₆

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.