Немедикаментозные методы лечения артериальной гипертензии: доказанные и спорные эффекты.

Часть I

В.П. Сытый1, С.Ф. Горбатенко1, О.В. Сытая2

*1Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка*

*2Белорусский государственный институт правоведения*

Резюме. В статье представлен обзор публикаций ученых Республики Белпрусь и ученых мира об эффективности немедикаментозных методов в снижении повышенного артериального давления. Наряду с общепризнанными методами представлены материалы о результатах применения методов отдельными исследователями, т.е. с уровнем доказательности С и Д.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, методы, лечение, риск, сердечно-сосудистые осложнения.

The article presents an overview of publications of scientists of the Republic of Belarus and world about the effectiveness of non-drug methods in reducing of high blood pressurt. Along with generally accepted methods are presented results of using methods by individual researchers, i.e. with level of evidence C and D.

Keywords: arterial hypertension, methods of treatment, the risk, cardiovascular complications.

Сердечно-сосудистая патология в настоящее время не только лидирует по своей частоте, но стала грозной причиной смертности населения. А наиболее распространенной среди сердечно-сосудистых заболеваний несомненно является артериальная гипертензия (1). Прогнозы распространенности артериальной гипертензии (АГ) в мире до 2025 г. еще более неутешительные (2). Многообразие патологических процессов в результате прогрессирования АГ проявляется в сосудистой системе эндотелиальной дисфункцией, ремоделированием сосудов, церебральной гипертонической ангиопатией, атеросклерозом экстра,-интракраниальных и почечных артерий; со стороны сердца – гипертрофией левого желудочка (ЛЖ), ремоделированием сердца, прогрессированием коронарного атеросклероза, развитием хронической ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН), кардиогенных эмболий (3, 4, 5).

Основной целью лечения АГ является достижение целевого уровня АД при максимальном снижении общего риска сердечно-сосудистых осложнений и продление жизни пациентов в отдаленном периоде (4). Контроль АД – до сих пор одна из важнейших и далеких от окончательного решения проблем. Перспективы борьбы с АГ в Республике Беларусь включают выполнение мероприятий Государственной программы «Кардиология» на 2011-2015 годы и внедрение оптимальных схем медикаментозной и немедикаментозной терапии АГ (6,7).

Лечение АГ в 40-е годы ХХ века включало седативные препараты, кровопускание, гирудотерапию. Весь прошлый век был заполнен исследованиями по определению эффективности немедикаментозного лечения гипертонии (8). В последние десятилетия немедикаментозное лечение сведено к «запретно-ограничительным» мерам: ограничению потребления поваренной соли, алкоголя, увеличению физической активности, снижению избыточной массы тела, диета с низким содержанием жиров и высоким содержанием пищевых волокон (9). При снижении веса на 10 кг происходит снижение САД на 5-20 мм рт. ст., уменьшение потребления поваренной соли до 5 г/сутки снижает САД на 2-8 мм рт.ст., увеличение физической активности (регулярные динамические нагрузки по 30-40 минут 4 и более раз в неделю) снижает САД на 4-9 мм рт.ст., ограничение употребления алкоголя (<30 г алкоголя в сутки у мужчин и <15 г в сутки у женщин) снижает САД на 2-4 мм.рт.ст., диета с высоким содержание пищевых волокон и низким содержанием жиров снижает САД на 8-14 мм.рт.ст.(1). У части пациентов с I ст. повышения АД удается достичь желаемого снижения его только за счет немедикаментозного лечения (10).

Низкий интерес кардиологов к другим немедикаментозным методам лечения АГ обусловлен курсовым их использованием, а артериальная гипертензия, как известно, протекает многие годы. Однако в клинической и поликлинической практике необходимо использовать и другие методы немедикаментозного лечения, которые могут снизить повышенное АД.

В арсенал немедикаментозных методов входят: лечебная физкультура (ЛФК), физио-и иглорефлексотерапия, бальнеолечение, психотерапия и др. (11).

В лечении пациентов с АГ используют все формы ЛФК: утреннюю и лечебную гимнастику, ходьбу, терренкур, плавание, катание на велосипеде, лыжах и др. Лечебное воздействие осуществляется за счет расширения возможностей кардиореспираторной системы и ЦНС, снижения веса и предупреждения или замедления развития атеросклероза. До начала занятий ЛФК необходимо пройти тест с нагрузкой (велоэнергометрия, тредмил) для определения пороговой нагрузки и адекватного режима тренировки. При отсутствии возможности проведения нагрузочной пробы можно ориентироваться на максимальное ЧСС для соответствующей возрастной группы с коррекцикй: при АГ І ст. – до 60-70% от максимальной, а при АГ ІІ ст. – до 40-60% (12, 13). К противопоказаниям к значительным физическим нагрузкам относятся АГ ІІІ ст.; ИБС III-IV ФК: ХСН III-IV ст.; ДН III-IV ст.; декомпенсированный сахарный диабет.

*Магнитотерапия* *при АГ* применяется длительное время в виде общего и локального воздействия. Повальное увлечение локальной магнитотерапией в виде магнитных браслетов ушло в прошлый век, а общая магнитотерапия для лечения больных АГ с успехом используется как в стационарных, так и амбулаторных условиях (14). Рекомендуется включать общую магнитотерапию, длительность которой должна составлять не менее 3 курсов с интервалом в 6-8 недель, включающими 8-11 ежедневных процедур при индукции магнитного поля 3,0 – 3,1 мТл, частоте модуляции 50 Гц, длительностью одной процедуры 15-30 минут. В совместном российско-болгарском исследлвании проведен сравнительный анализ динамики показателей АД и уровня возмущенности магнитного поля Земли. В отличие от магнитотерапии при росте геомагнитной активности примерно у половины обследованных пациентов наблюдается достоверное повышение АД (15). Авторы делают вывод, что в будущем при проведении возможных обследований необходимо расширить список параметров, измеряемых для определения более тонких проявлений магниточувствительности.

*Низкоинтенсивное лазерное излучение* применяется для лечения больных артериальной гипертензией более 10 лет (16). Эффективность внутривенного лазерного облучения крови при АГ, по мнению ряда авторов, обусловлена оптимизацией функционального состояния эндотелия. После курса 7 ежедневных процедур внутривенного лазерного облучения крови при эндотелиальной дисфункции в комплексном лечения больных гипертонической болезнью способствовало восстановлению функции эндотелия (нормализация NO-продукции, снижение активности фактора Виллебранда) и снижению АД (17, 18).

*Гипобарическая гипоксия* с помощью барокамеры применяется для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе АГ (19). Гипобарическая гипоксия, по мнению авторов, способствует формированию адаптации к ишемии, которая сопровождает атеросклеротический процесс при АГ. В заключении сделан вывод о том, что лечение АГ дифференцированным применением гипобарической терапии позволяет получить более существенный гипотензивный и антиангинальный эффект и уменьшить объем медикаментозной терапии.

*Гипербарическая оксигенация* на фоне медикаментозной терапии АГ проводится с целью снижения активности симпатического отдела вегетативной нервной системы как одного из важнейших звеньев в развитии АГ (20). В результате лечения 79 пациентов с АГ І-II степени с преобладанием тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы с помощью гипербарической оксигенации надлюдалось уменьшение гиперсимпатикатонии и положительное влияние на сердечно-сосудистую систему.

*Массаж* - дозированное механическое воздействие на различные участки тела человека, производимые руками массажиста или специальными аппаратами. В основе действия массажа на организм лежит сложный процесс, обусловленный нервно-рефлекторным, гуморальным и механическим воздействием. Массаж воротниковой зоны делают при мигрени, АГ. Чтобы оказать влияние на ЦНС, органы грудной клетки, сосуды верхних конечностей, массируют паравертебральные зоны шейных и верхнегрудных спинно-мозговых сегментов, ткани воротниковой зоны. Для воздействия на сосуды нижних конечностей , органы брюшной полости, малого таза массируют паравертебральные зоны нижнегрудных, поясничных и крестцовых спинно-мозговых сегментов (10, 21). При АГ массаж чаще всего применяется при сочетании повышенного АД с остеохондрозом позвоночника. В таких случаях показан локальный массаж шейно-воротниковой зоны. Непременным условием является использование массажа на фоне вышеприведенных немедикаментозных, а при необходимости, и медикаментозных методов. Разновидностью сегментарно-рефлекторного массажа можно считать точечный массаж, при котором массируют узко ограниченные (точечные) участки тканей.

*Точечный массаж* эффективен в начальной стадии гипертензии, а при более выраженном повышении АД – для устранения симптомов, сопровождающих гипертензию (22, 23, 24).

*Вибровакуумтерапия* – лечебное воздействие на пациента локальной вакуумдекомпрессии и вибрации. Основными лечебными, определяющими лечебно-профилактическое применение вибровакуумтерапии, считаются следующие: липолитический, спазмолитический, противовоспалительный, сосудорасширяющий, нейромиостимулирующий (11). Курс лечения включает 12-14 процедур, а повторный курс вибровакуумтерапии проводится через 1-2 месяца. Среди основных показаний для лечебного использования вибровакуумотерапии физиотерапевты указывают и болезни сердечно-сосудистой системы (ИБС, стенокардия напряжения I- II функционального класса, артериальная гипертензия I- II ст.) (25).

*Акупунктура* относиться к древним китайским практикам лечения. Имеется большое количество публикаций об успешном лечении АГ (26, 27, 28, 29, 30). Журнал Circulation в 2007 г. опубликовал статью «Антигипертензивная эффективность применения акупунктуры: результаты рандомизированного клинического исследования». Авторы пришли к выводу, что выполнение акупунктуры в соответствии с методикой, принятой в традиционной китайской медицине, в течении 6 недель приводило к статистически значимому снижению АД по данным 24-часового мониторирования, однако гипотензивный эффект акупунктуры исчезал вскоре после прекращения вмешательства. Тем не менее, по мнению авторов, акупунктура может быть предложена в качестве альтернативного подхода к снижению АД у больных в возрасте от 45 до 75 лет с неосложненной мягкой или умеренной АГ (31). В двух диссертационных исследованиях авторы оценили эффективность акупунктуры в виде монотерапии для снижения повышенного АД при І ст. гипертонической болезни как хорошую (27, 28).

*Электросон* вызывается воздействием на головной мозг постоянного слабого электрического тока низкой частоты: метод лечения больных с функциональными расстройствами нервной системы. Электросон активно использовался в лечении АГ в середине ХХ века. В настоящее время интерес к применению электросна при АГ находится на самом низком уровне. Однако в последние годы появилась масса работ, посвященных роли мелатонина в нейрогуморальной регуляции функций у человека (32, 33, 34, 35). Мелатонин играет важную роль в регуляции циркадианных ритмов человека и имеет ночную активность во время сна. Среди многих функций мелатонина выявлена и регуляция АД. В проведенных исследованиях установлена прямая корреляционная зависимость между степенью нарушений продукции мелатонина и тяжестью АГ (36). Особенно важным является факт уменьшения ночной концентрации мелатонина у пациентов нон-дипперов. Все полученные результаты исследования нейрогуморальной регуляции и особенностей секреции мелатонина обнадеживают в перспективе использования электросна в комбинированной терапии АГ.

Таким образом, спектр немедикаментозных методов, применяемых для лечения артериальной гипертензии очень большой. Опубликованные материалы соответствуют различным уровням доказательности. И это определяет задачи по организации рандомизированных плацебо контролируемых исследований с последующим мета-анализом результатов.

Литература

1. Национальные рекомендации. Диагностика, лечение и прфилактика артериальной гипертензии// Приложение к международному научно-практическому журналу Кардиология в Беларуси. Профессиональные издания. Минск 2010.
2. Clobal Health risks. Mortality and burden of disease attributable toseluted major risks // World Health Organization – Jeneva, 2009, 62 p.
3. Кабалава Ж.Д. Артериальное давление в клинической практике//Ж.Д. Кабалава, Ю.В. Котовская, В.Н.Химанов – М.: Реафарм, 2004 – 384 с.
4. Пристром М.С. Артериальная гипертензия у пожилых: особенности терапии и реабилитации// М.С.Пристром, С.Л.Пристром, В.Э.Сушинский – Минск: Беларуская навука, 2012 – 266 с.
5. Митьковская Н.П. Гипертонические кризы: как повлиять на проблему// Митьковская Н.П., Григоренко Е.А., Рудкова Е.Ю., Удот П.С. -Кардиология в Беларуси. 2013 №3, 115-128.
6. Мрочек А.Г. Состояние кардиологической службы и перспективы борьбы с артериальной гипертензией в Республике Беларусь. Материалы VI международной конференции «Артериальная гипертензия и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний» 19-20 мая 2011 г. Витебск. 2011.
7. Гогин Е.Е. Диагностика и выбор лечения у больных артериальной гипертензией. Клиническая медицина. 2010 №4, 10-17.
8. Воронов А.С. Клинические лекции по терапии. Гипертония. Ростов-на Д. – 1950-396 с.
9. Национальные рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике. «Доктор Дизайн». Минск. 2010.
10. Улащик В.С. Физиотерапия. Универсальная медицинская энциклопедия. Мн. Книжный дом. 2012.
11. Улащик В.С. Физиотерапия. Новейшие методы и технологии. Мн. Книжный дом. 2013 – 446с.
12. Лис М.А. Влияние велотренировок на кислородтранспортную функцию крови у больных с сердечно-сосудистой патологией// Лис М.А., Пронько Т.П., Болтач А.В. и др. Тезисы II Евразийского конгресса кардиологов. Кардиология. 2011. №5, 463-465.
13. Апанасевич В.В. Реакция АД на физическую нагрузку и порог вкусовой солечувствительности// Апанасевич В.В., Герцен М.А. Тезисы II Евразийского конгресса кардиологов. Кардиология. 2011. №5, 28.
14. Подобед В.М. Повышение эффективности лечения больных артериальной гипертензией с использованием общей магнитотерапии// Подобед В.М., Кузьменко А.Т. Материалы научно-практической конференции, посвященной 50-летию УЗ «4-ая городская клиническая больница им. Н.Е.Савченко» Мн. 2010.
15. Зенченко Т.А. Индивидуальные типы реакций артериального давления практически здоровых людей на геомагнитную активность// Зенченко Т.А., Димитрова С., Стоилова С., Бреус Т.К. Клиническая медицина. 2009. №4, 18-23.
16. Велижанина И.А. Эффективность низкоинтенсивного лазерного излучения при гипертонической болезни.// Велижанина И.А., Гапон Л.И., Шабалина М.С. и др. Клиническая медицина. 2011, №1, 41-44.
17. Гейниц А.В. Внутривенное лазерное облучение крови// Гейниц А.В., Москвин С.В., Азизов Г.А. Внутривенное лазерное облучение крови. М., Тверь. 2006.
18. Бурдули Н.М. Внутривенное лазерное облучение крови при эндотелиальной дисфункции у больных гипертонической болезнью// Бурдули Н.М., Александрова О.М. Клиническая медицина. 2009. №6, 22-25.
19. Байда А.В. Дифференцированная гипоксическая терапия артериальной гипертензии// Байда А.В., Пристром М.С., Семененков И.И. Тезисы II Евразийского конгресса кардиологов. Кардиология. 2011. №5, 26.
20. Лакотко Т.Г. Применение гипербарической оксигенации в лечении пациентов с артериальной гипертензией I-II степени с преобладанием тонуса симпатической нервной системы// Лакотко Т.Г., Шишко В.И., Лазута С.Ф. и др. Кардиология. 2011, №5, 36.
21. Дубчинская А.Л. Снижение агрегации тромбоцитов и повышение деформируемости эритроцитов – новая цель применения физиотерапевтических методов лечения у больных артериальной гипертензией// Дубчинская Н.Л., Козловский В.И. Материалы 62 итоговой научно-практической конференции студентов и молодых ученых университета «Актуальные вопросы современной медицины и формации». Витебск, 2010.
22. Гаваа Лувсан. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. М. Наука. 1990. 449с.
23. Горбатенко С.Ф, Шакаль Р.А. Профилактика артериальной гипертензии у молодых немедикаментозными средствами// Материалы научно-практической конференции «Медико-педагогические проблемы охраны здоровья учащихся и безопасности жизнедеятельности». Минск. «Зималетто». 2012, 15-19.
24. Макаров Ю.П. Точечный массаж при гипертонической болезни// Макаров Ю.П. ЛФК и массаж. 2004. №5, 20-22.
25. Шилкина Л.П. Российская конференция «Артериальная гипертензия: спорные и нерешенные вопросы». Клиническая медицина. 2011. №2, 66-69.
26. Чень Линь. Гипертоническая болезнь// Чень Линь, Михаил Штереншис. Клиническая акупунктура. Практическое руководство. «Феникс». ISRADON. 2004.
27. Йотова В.Г. Применение аурикулокорпоральной акупунктуры для лечения больных гипертонической болезнью. Автореферат дисс. канд. мед. наук. М. 1991.
28. Кокорин В.С. Оценка с помощью нагрузочных проб антигипертензивного эффекта медикаментозных препаратов пролонгированного действия и нефармакологического метода лечения (акупунктура) у больных гипертонической болезнью. Автореферат дисс. канд. мед. наук. М. 1993.
29. Томащик Е.А. Акупунктура в комплексном лечении больных гипертонической болезнью// Томащик Е.А., Хованская Г.Н. Сборник материалов, посвященных 10-летию кафедры медицинской реабилитации Гродненского государственного медицинского университета «Немедикаментозные методы лечения и реабилитации». Гродно. 2000.
30. Завьялов А.В. Применение акупунктуры при лечении гипертонической болезни// Завьялов А.В., Балыбин Д.Н., Зайцева Г.Н. и др. Сборник работ 69 итоговой конференции КГМУ и отделения медико-биологических наук Центрально-Черноземного научного центра РАМН. Курск. 2004. 4.1.курск 2004, 25-26С.
31. Flachskampf F.A., Gallasch J., Gеfеller O. et al. Randomized Trial of Acupuncture to Lower Blооd Pressure. Ciraculation. 2007; 115; 3121-3129.
32. Арушанян Э.Б. Универсальные терапевтические возможности мелатонина. Клиническая медицина. 2013. №2, 4-8.
33. Hardeland R., Cardionali D.H., Srinivasan Vet all. Melatonin-a plotropic, orchestrating regular molecule. Progz. Neurobiol. 2011. №93, 350-384.
34. Reiter R.J., Tan D.X., Jon M.J. et all. Biogenic amines in the reduction of oxidative stress: melatonin and its metabolites. Neuro Endocrinol. Lett. 2008; 29; 391-398.
35. Бакшеев В.И. Мелатонин в системе нейрогуморальной регуляции у человека. Часть I// Бакшеев В.И., Коломоец Н.М. Клиническая медицина. 2011, №1, 4-10.
36. Бакшеев В.И. Мелатонин – место в системе нейрогуморальной регуляции у человека. Часть II// Бакшеев В.И., Коломоец Н.М. Клиническая медицина. 2011, №2, 8-13.

223040, Минский р-н, а-г Лесной, д. 25, кв. 6

Тел. 265-42-37 Сытый Владимир Петрович

Моб. тел. +375296626284