

УДК 613.2:616.12-008.331.1

**ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА ХАРЧОВОГО СТАТУСУ ТА СПОСОБУ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ЕСЕНЦІАЛЬНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

**А.О. Луценко**, Кафедра гігієни та екології № 1, Інститут гігієни та екології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

**О.П. Вавріневич**, Кафедра гігієни та екології № 1, Інститут гігієни та екології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

**А.П. Казмірчук**, Начальник Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь»

**С.Т. Омельчук**, Кафедра гігієни та екології № 1, Інститут гігієни та екології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

**Ю.О. Мошковська**, Кафедра гігієни та екології № 1, Інститут гігієни та екології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

**Резюме.** Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є основною причиною смертності та інвалідності населення у більшості країн світу, в тому числі і Україні. У структурі захворюваності серед дорослого населення на ССЗ лідером є гіпертонічна хвороба. Питання профілактики артеріальної гіпертензії, особливо запровадження дієтичного харчування є особливо актуальним.

**Мета:** гігієнічна оцінка харчового статусу та харчування хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію для розробки шляхів оптимізації їх харчування.

**Матеріали та методи досліджень.** При проведенні дослідження використані соматометричний, анкетно-опитувальний та статистичний методи. Обстежено 42 пацієнти кардіологічного відділення: чоловіки (n=17): середній вік 64,2±1,9 роки; жінки (n=25); середній вік 66,2±1,9 роки. Статистичну обробку результатів проводили з використанням пакету статистичних програми IBM SPSS StatisticsBase v.22 та MS Excel.

**Результати дослідження та обговорення** Оцінка харчового статусу показала, що лише 16 % жінок і 23,5 % чоловіків за біомас-індексом Кетле знаходяться в діапазоні коливання при адекватному харчуванні. Встановлено, що у 16 % жінок і 23,5 % чоловіків мають ожиріння I ступеню, 48 % жінок та 29,4 % чоловіків – ожиріння II ступеню, 8 % жінок – ожиріння III ступеню. Жінки хворі на артеріальну гіпертензію (АГ) мали достовірно вищий біомас-індекс Кетле, ніж чоловіки (p<0,05) та частіше страждали на ожиріння. Достовірних відмінностей у масі тіла чоловіків і жінок не виявлено (p>0,05).

**Аналіз харчової поведінки пацієнтів** показав, що жінки з артеріальною гіпертензією частіше досоловали продукти, ніж чоловіки; достовірно частіше не снідали, ніж чоловіки. Хоча, більшість жінок вживало їжу 3 рази на добу на відміну від чоловіків.

**Серед факторів ризику виникнення артеріальної гіпертензії** провідними у жінок є надлишкова вага, досоловання їжі, обмежена фізична активність; у чоловіків - надлишкова вага, наявність шкідливих звичок (тютюнопаління, вживання алкоголю), досоловання їжі, обмежена фізична активність.

**Висновок** Запропоновано, диференційовано для чоловіків і жінок, найбільш дієві заходи профілактики погіршення стану пацієнтів з артеріальною гіпертензією, з урахуванням їх харчової поведінки дозволить покращити стан здоров'я пацієнтів з даним захворюванням та попередити інвалідизацію та настання передчасної смерті.

**Ключові слова:** артеріальна гіпертензія, біомас-індекс, харчовий статус, режим харчування.

**Вступ.** В Україні стан здоров'я населення продовжує погіршуватися. Відмічається зростання захворюваності за основними класами хвороб, що залежать від соціального

та економічного благополуччя. Важливу роль відіграє здоровий спосіб життя, адекватне харчування, належні умови життя та побуту, стан навколишнього природного середовища,

планування сім'ї та спадковість [1].

В структурі захворюваності провідне місце займають серцево-судинні захворювання (ССЗ). ССЗ є основною причиною смертності та інвалідності у більшості країн світу. Однак, якщо у розвинених країнах світу кількість смертей від ССЗ знижується, то в інших – стрімко зростає. Україна – серед останніх. За останні 25 років поширеність ССЗ серед населення України зросла в 3 рази, а рівень смертності від них – на 45 % [2].

У структурі захворюваності серед дорослого населення на ССЗ лідером є гіпертонічна хвороба (ГХ) – 41 %, ішемічна хвороба серця – 28 %, цереброваскулярні хвороби – 16 %, у структурі їх поширеності – 46 %, 34 % та 12 %, відповідно [2]. Так відомо, що гіпертонія посилює серцево-судинну захворюваність і смертність в два-чотири рази [3].

Отже ССЗ залишаються найбільш поширеними неінфекційними захворюваннями в Україні та Світі, що призводить до тяжких наслідків для стану здоров'я і втрати працездатності [3, 4].

Ризик ішемічної хвороби серця сконцентровано у хворих на гіпертонічну хворобу з високим співвідношенням ліпопротеїнів високої щільності (HDL) - холестерину, порушенням толерантності до глюкози, високим рівнем фібриногену, електрокардіографічним (ЕКГ) аномаліями та палінням сигарет [3].

Гіподинамія та нераціональне харчування сприяють клінічній маніфестації імунорезистентності та гіперінсулінемії у вигляді абдомінального ожиріння, дисліпідемії та артеріальної гіпертензії. Відомо, що саме харчові звички визначають цілу низку кардіометаболічних порушень – глюкозо-інсуліновий гомеостаз, масу тіла, рівень артеріального тиску. Встановлено, що майже у 40 % хворих з артеріальною гіпертензією спостерігається підвищена маса тіла, гіперінсулінемія [5].

Великі дози швидко засвоюваної глюкози викликають глікемію, компенсаторну гіперінсулінемію та зумовлені цим метаболічні порушення. Компенсаторна гіперінсулінемія

клінічно може не проявлятися доти, поки людина веде здоровий спосіб життя, тобто зберігає високу фізичну активність і обмежує надмірне споживання вуглеводів [5].

Виникнення і перебіг АГ тісно пов'язані з наявністю факторів ризику [6, 7]:

1. Вік; 2. Стать; 3. Спадковість; 4. Маса тіла (надмірна вага або ожиріння); 5. Аліментарні фактори: кухонна сіль та інші мікроелементи; макроелементи: білки, жири, вуглеводи, харчові волокна; кава та кофеїн; алкоголь; 6. Паління; 7. Психосоціальні фактори (стрес); 8. Соціально-економічний статус; 9. Фізична активність; 10. Нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ); 11. Кашель та холодні ліки (Судаф та інші бренди, що містять псевдоєфедрин і фенілефрін); 12. Певні хронічні стани; 13. Дієта з низьким вмістом вітаміну D.

Все більша кількість досліджень показує, що психосоціальні фактори відіграють важливу роль у розвитку гіпертонії. До стрес-факторів належать: професійний стрес, особистість, психічне здоров'я, нестабільність житла, соціальна підтримка, ізоляція та якість сну. Існує зв'язок між психосоціальним стресором та артеріальним тиском [8]. Серед факторів ризику виникнення ГХ також виділяють наявність тривоги або депресії у населення [9].

Питання дієтичного харчування та ступеня обмеження вуглеводного компоненту їжі особливо актуальне. Проблема дієтичного харчування постійно дискутується, тому що у значної частини населення планети спостерігається неухильне зростання метаболічних розладів [5]. Тому ВООЗ у своїй програмі 2020-2025 року ставить одну з дев'яти глобальних цілей – стабілізацію та відсутність зростання поширеності ожиріння [10].

**Мета:** гігієнічна оцінка харчового статусу та способу життя хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію для розробки найбільш дієвих заходів профілактики погіршення стану пацієнтів чоловічої та жіночої статі.

**Матеріали та методи досліджень.** При проведенні дослідження використані соматометричний, анкетно-опитувальний та статистичний методи.

Для оцінки харчового статусу пацієнтів використаний соматометричний метод, в результаті використання якого визначено масу тіла пацієнтів (кг) та зріст (см). Масу тіла виміряно медичними вагами, зріст –

ростоміром.

На підставі проведених соматометричних досліджень розраховано масово-ростовий індекс Кетле – біомасіндекс (ВМІ) за формулою (1.1):

$$\text{ВМІ} = \frac{MT}{ЗР^2} \quad (1.1),$$

де: МТ – маса тіла, кг;  
ЗР – зріст, м.

Оцінка стану харчування за величиною ВМІ, згідно рекомендацій ВООЗ приведена в таблиці 1 [11].

При анкетуванні пацієнтів нами використано опитувальну карту для оцінки харчування пацієнтів з есенціальною артеріальною гіпертензією, яка була розроблена фахівцями кафедри гігієни харчування Національного медичного університету імені

О.О. Богомольця, апробована та оцінена фахівцями провідних установ у галузі гігієни харчування, гастроентерології та дієтології: ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України», ДП «Державний науково-дослідний центр з проблем гігієни харчування МОЗ України», Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика [12].

Таблиця 1

Оцінка стану харчування за біомас-індексом Кетле

Біомас-індекс Кетле		Оцінка стану харчування
Жінки	Чоловіки	
< 16	< 16	Гіпотрофія III ст.
16–17,99	16–16,99	Гіпотрофія II ст.
18–20	17–18,49	Гіпотрофія I ст.
20,1–24,99	18,5–23,8	Діапазон коливання при адекватному харчуванні
22,0	20,8	Оптимальна середня величина адекватного харчування
25–29,99	23,9–28,5	Ожиріння I ст.
30–39,99	28,6–38,99	Ожиріння II ст.
>40	>39	Ожиріння III ст.

Опитувальна карта – є універсальним інструментом для збору первинної інформації та надає можливість оцінити соціальне і матеріальне положення респондентів, умови праці та побуту, наявність шкідливих факторів та звичок, заняття спортом, антропометричні показники, дозволяє оцінити режим харчування, питний режим, рівні споживання основних груп продуктів та масу порцій вживаних продуктів, способи обробки їжі,

пріоритетність та переваги при виборі харчових продуктів, місця споживання їжі, що буде враховано в подальшому при розробці дієвих заходів профілактики аліментарних та аліментарно залежних захворювань [12].

Обстежено 42 пацієнти кардіологічного відділення: чоловіки (n=17); середній вік 64,2±1,9 роки; жінки (n=25); середній вік 66,2±1,9 роки.

Статистичну обробку результатів проводили

з використанням пакету статистичних програми IBM SPSS StatisticsBase v.22 та MS Excel. При статистичному аналізі отриманих даних використано дескриптивну статистику; порівняння середніх значень змінних здійснювали за допомогою параметричних методів (t-критерію Стьюдента) при нормальному розподілі ознак, що виражені в інтервальній шкалі. Достовірними вважали відмінності з рівнем значущості більше 95 % ( $p < 0,05$ ).

**Результати дослідження та їх обговорення.** До факторів, найбільш значущих при стратифікації ризику у гіпертензивних пацієнтів, належать антропометричні показники [13]. Тому нами було проведено вимірювання соматометричних показників у чоловіків та жінок (табл. 2).

Таблиця 2

Соматометричні показники у жінок (n=25) та чоловіків (n=17) (M±m)

Стать	Вік, років	Зріст, см	Маса тіла, кг	Біомас-індекс Кетле
Жінки	66,2±1,9	163,2±1,3	82,4±2,5	30,9±1,0
Чоловіки	64,2±1,9	173,6±1,6	84,2±3,7	27,8±1,1

Примітки: 1. M – середнє значення, 2. m – похибка середнього арифметичного.

Середній вік обстежуваних жінок складав 66,2±1,9 років (табл. 2). Соматометричне обстеження жінок показало, що середній їх зріст 163,2±1,3 см, середня маса тіла - 82,4±2,5 кг. Результати вимірювання зросту і маси тіла у жінок дозволили нам розрахувати Біомас-індекс Кетле. Розрахований біомас-індекс в середньому склав 30,9±1,0.

Середній вік обстежуваних чоловіків складав 64,2±1,9 років (табл. 2). Соматометричне обстеження чоловіків показало, що середній їх зріст 173,6±1,6 см, середня маса тіла - 84,2±3,7 кг. Результати вимірювання зросту і маси тіла у чоловіків дозволили нам розрахувати Біомас-індекс Кетле. Розрахований біомас-індекс в середньому склав 27,8±1,1.

Оцінка харчового статусу показала, що лише 16 % жінок і 23,5 % чоловіків за біомас-індексом Кетле знаходяться в діапазоні коливання при адекватному харчуванні (табл. 3). Встановлено, що у 16 % жінок і 23,5 %

чоловіків мають ожиріння I ступеню, 48 % жінок та 29,4 % чоловіків – ожиріння II ступеню, 8 % жінок – ожиріння III ступеню.

Статистична обробка отриманих результатів показала, що у жінок біомас-індекс Кетле достовірно вищий ніж у чоловіків за t-критерієм Стьюдента ( $p < 0,05$ ). Достовірних відмінностей у масі тіла чоловіків і жінок не виявлено ( $p > 0,05$ ).

Отримані результати свідчать про наявність надлишкової маси тіла, як у жінок так і у чоловіків. Саме надлишкова маса тіла та ожиріння посідають одне з провідних місць серед факторів ризику виникнення ГХ. Чимало проспективних досліджень встановили вплив маси тіла на рівень АТ, захворюваність і смертність від серцево-судинних та інших хронічних неінфекційних захворювань. За результатами багатофакторного аналізу даних 26-річного Фремінгемського дослідження, ожиріння є вагомим фактором ризику хвороб системи кровообігу як у чоловіків, так і в жінок [14].

Таблиця 3

## Оцінка стану харчування пацієнтів за біомас-індексом Кетле

Жінки (n=25)*		Чоловіки (n=17)		Оцінка стану харчування
абс.	%	абс.	%	
4	16,0	4	23,5	Діапазон коливання при адекватному харчуванні
7	28,0	8	47,1	Ожиріння I ст.
12	48,0	5	29,4	Ожиріння II ст.
2	8,0	-	-	Ожиріння III ст.

Примітка. 1. \* – розходження достовірні за критерієм Стьюдента при  $p < 0,05$ .

Серед факторів ризику розвитку у пацієнтів є вживання алкоголю та паління. Так наявність більше двох напоїв на день може спричинити гіпертонію, шляхом активації адренергічної нервової системи, що спричиняє звуження кровеносних судин та одночасне збільшення кровотоку та прискорення пульсу [7]. Вживання алкоголю прямо корелює з рівнем артеріального тиску, причому як епізодичне, так і хронічне. Залежність між вживанням алкоголю та поширеністю артеріальної гіпертензії має вигляд J-подібної кривої. Частота артеріальної гіпертензії найменша серед осіб, які вживають алкоголь в окремих випадках, і поступово зростає залежно від зростання щоденної кількості вживаних алкогольних напоїв [6].

Нікотин різко підвищує артеріальний тиск навіть у завзятих курців. Ефект кожної сигарети триває близько 30 хвилин. Вже на 1-й хвилині після її випалювання систолічний артеріальний тиск підвищується на 15 мм рт.ст., а на 4-й хвилині - на 25 мм рт.ст. При однакових рівнях артеріального тиску мозковий інсульт та ішемічну хворобу серця у осіб, які палять, виникає в 2-3 рази частіше, ніж у тих, хто не палить [6].

Анкетування пацієнтів з АГ показало, що найбільше шкідливих звичок у пацієнтів чоловічої статі, у порівнянні з жінками (табл. 4). Приблизно 53 % чоловіків палять і 24 % вживають алкоголь (330 мл пива на тиждень/ 50 мл міцних напоїв/150 мл вина).

Таблиця 4

## Наявність шкідливих звичок у пацієнтів з артеріальною гіпертензією

Жінки (n=25)				Чоловіки (n=17)			
Тютюнопаління		Вживання алкоголю		Тютюнопаління		Вживання алкоголю	
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
-	-	1	4,0	6	52,9	4	23,5

Відомо, що особи, які ведуть малорухомий спосіб життя, ризик виникнення АГ на 20-50 % вищий, ніж у фізично активних. Фізичні навантаження під час виконання професійних обов'язків сприяють підвищенню артеріального тиску, а фізична активність у години дозвілля - навпаки. Регулярні аеробні фізичні навантаження є досить ефективним засобом немедикаментозного лікування АГ [6]. Тому

нами проведено оцінку фізичної активності пацієнтів з АГ. Аналіз анкет також показав, що серед опитуваних лише 23,5 % чоловіків і 16 % жінок додатково займаються спортом (йога, плавання) або роблять гімнастику, ходять.

У країнах із розвинутою економікою визначається зворотний зв'язок між АГ і рівнем освіти, доходів та професійним статусом. Разом із тим у країнах перехідного і

доперехідного періоду визначається значна поширеність АГ серед забезпечених верств населення. Досвід більшості країн свідчить, що зі зростанням економіки в суспільстві реєструється неухильне підвищення рівнів АТ і поширеності АГ серед малозабезпечених верств населення [6].

Серед причин виникнення проблем надлишкової ваги є порушення режиму

харчування. Анкетування пацієнтів показало, що 32 % жінок і 59 % чоловіків мали лише 2 прийоми їжі на добу (таблиця 5). Пропускали сніданок 56 % жінок і 18 % чоловіків.

Аналіз режиму харчування пацієнтів показав, що 40 % жінок і 29 % чоловіків розподіляють об'єм споживання їжі рівномірно на всі прийоми їжі (табл. 6).

Таблиця 5

**Частота прийомів їжі хворих з артеріальною гіпертензією**

Кількість прийомів їжі	Жінки (n=25)		Чоловіки (n=17)	
	абс.	%	абс.	%
2 рази на добу	8	32,0	10	58,8
3 рази на добу	10	40,0	6	35,3
4 рази на добу	7	28,0	1	5,9

Таблиця 6

**Розподіл об'єму спожитої їжі протягом доби у пацієнтів з артеріальною гіпертензією**

Характеристика розподілу	Жінки (n=25)		Чоловіки (n=17)		
	абс.	%	абс.	%	
Рівномірно	10	40,0	5	29,4	
Нерівномірно (найбільший об'єм спожитої їжі припадає на):	1. Сніданок	1	4,0	-	-
	2. Обід	9	36,0	11	64,7
	3. Підвечірок	4	16,0	-	-
	4. Вечерю	1	4,0	1	5,9

У 36 % жінок і у більшості чоловіків (65 %) основний прийом їжі припадає на обід. Лише у 20 % жінок і 6 % чоловіків основний прийом їжі припадає на вечерю (табл. 6).

Відомо, що занадто багато солі у добовому раціоні може призвести до того, що організм людини затримує рідину, а також призводить до стискування артерій у вашому тілі. Обидва фактори спричиняють підвищення кров'яного тиску [7].

Серед опитуваних 53 % чоловіків і 48 % жінок споживають каву. Відновлення

пресорного ефекту кофеїну відбувається через декілька годин після вживання кави. АГ виникає втричі частіше серед тих, хто вживає від 1 до 5 чашок кави на день, порівняно з тими, хто не вживає кави взагалі. Кофеїн, що міститься в міцній каві, підвищує діастолічний артеріальний тиск у чоловіків із гіпертензією на 8 мм рт.ст., а в осіб із нормальним артеріальним тиском – на 3 мм рт.ст. [6].

Результати опитування хворих на артеріальну гіпертензію вказали на те, що

41 чоловіків і 20 % жінок досолоють їжу не куштуючи, а також досолоють їжу, якщо вона не солена 47% чоловіків і 72 % жінок.

Також нами було проведено аналіз частоти споживання пацієнтами різних продуктів (табл. 7, 8). Аналіз даних наведених в табл. 7 свідчить про те, що у жінок факторами ризику виникнення АГ у 35 % обстежуваних є

щоденне споживання солодошів, 80 % - щоденне споживання хліба, хлібопродуктів, 55 % - картоплі, 52 % - круп та макаронів.

Серед чоловіків факторами ризику є щоденне, або майже щоденне споживання наступних продуктів: у 66 % - картоплі, 40 % - круп та макаронів, 33 %- солодошів, 73 % - хліба, хлібопродуктів, 33 % - яєць та 33 % - вершкового масла, сала або маргарину (табл. 8).

Таблиця 7

Частота споживання в їжу харчових продуктів (жінки (n=23))

Харчові продукти	Один раз на день або частіше		Майже кожен день		Один раз на тиждень		Декілька разів на тиждень		Один або декілька разів на місяць		Рідко або ніколи	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
М'ясо, м'ясні продукти	1	4,3	6	26,1	4	17,4	7	30,4	3	13,0	2	8,7
Риба, продукти моря	2	8,7	1	4,3	8	34,8	6	26,1	5	21,7	1	4,3
Молоко, молочні продукти	10	43,5	4	17,4	1	4,3	5	21,7	2	8,7	1	4,3
Картопля	4	17,4	8	34,8	1	4,3	6	26,1	-	-	4	17,4
Овочі (буряк, морква, капуста, зелень)	7	30,4	11	47,8	-	-	5	21,7	-	-	-	-
Фрукти, ягоди	6	26,1	6	26,1	2	8,7	2	8,7	1	4,3	6	26,1
Крупи, макарони	3	13,0	9	39,1	2	8,7	6	26,1		0,0	3	13,0
Солодоші (цукор, варення, мед)	3	13,0	5	21,7	-	-	3	13,0	4	17,4	8	34,8
Хліб, хлібопродукти	7	30,4	9	39,1	-	-	2	8,7	1	4,3	4	17,4
Яйця	2	8,7	-	-	2	8,7	11	47,8	5	21,7	3	13,0
Масло вершкове, сало, маргарин	3	13,0	1	4,3	5	21,7	4	17,4	3	13,0	7	30,4

Згідно з рекомендаціями Європейського товариства кардіологів та української асоціації кардіологів [6, 15, 16] виділяють первинну та вторинну профілактику.

Враховуючи, що у 84 % жінок і 76,5 % чоловіків виявлено ожиріння від I до III ступенів основним профілактичним заходом рекомендовано нормалізувати масу тіла. У

світі 1 млрд. людей страждають від надлишкової ваги, 300 млн. мають ожиріння, близько 30 % дітей мають надлишкову масу тіла або ожиріння. Відомо, що вісцеральний жир є метаболічно активним ендокринним органом, який здатний синтезувати багато пептидів, що можуть впливати на систему кровообігу [15].

Таблиця 8

## Частота використання в їжу харчових продуктів (чоловіки (n=15))

Харчові продукти	Один раз на день або частіше		Майже кожен день		Один раз на тиждень		Декілька разів на тиждень		Один або декілька разів на місяць		Рідко або ніколи	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
М'ясо, м'ясні продукти	5	33,3	5	33,3	2	13,3	3	20,0	-	-	-	-
Риба, продукти моря	1	6,7	3	20,0	6	40,0	-	-	5	33,3	-	-
Молоко, молочні продукти	2	13,3	6	40,0	1	6,7	2	13,3	-	-	4	26,7
Картопля	2	13,3	8	53,3	-	-	2	13,3	2	13,3	1	6,7
Овочі (буряк, морква, капуста, зелень)	1	6,7	8	53,3	1	6,7	1	6,7	3	20,0	1	6,7
Фрукти, ягоди	2	13,3	6	40,0	3	20,0	1	6,7	-	-	3	20,0
Крупи, макарони	-	-	6	40,0	3	20,0	6	40,0	-	-	-	0,0
Солодощі (цукор, варення, мед)	2	13,3	3	20,0	-	-	1	6,7	3	20,0	6	40,0
Хліб, хлібопродукти	6	40,0	5	33,3	-	-	2	13,3	1	6,7	1	6,7
Яйця	-	-	5	33,3	4	26,7	3	20,0	1	6,7	2	13,3
Масло вершкове, сало, маргарин	-	-	5	33,3	2	13,3	2	13,3	3	20,0	3	20,0

Зважаючи на те, що приблизно 53 % чоловіків палять і 24 % вживають алкоголь, серед пацієнтів слід провести просвітницьку роботу та зосередити їх на припиненні вживання алкоголю та обмеженні тютюнопаління. Адже тютюнопаління посилює негативний вплив інших факторів ризику (вік, стать, АГ, цукровий діабет). Пасивне куріння також збільшує ризик ССЗ та інших захворювань [15].

Враховуючи той факт, що обстежувана категорія пацієнтів, в більшості випадків, пенсіонери ведуть малорухливий спосіб життя, доцільно запропонувати комплекс лікувальної гімнастики або теренкур. Оскільки сидяче життя супроводжується збільшенням ризику передчасної смерті удвічі і суттєвим збільшенням ризику ССЗ. Фізичні тренування позитивно впливають на перебіг

атеросклерозу і сприяють зменшенню загальної смертності на 20–25 %. Слід враховувати, щоб частота серцевих скорочень (ЧСС) при фізичних навантаженнях досягала 60–75 % розрахованої максимальної ЧСС. Такої ЧСС можна досягти за рахунок швидкої ходьби, бігу підтюпцем, їзди на велосипеді, плаванням [15]. Фізична активність підвищує кровообіг у всіх артеріях тіла, що призводить до вивільнення природних гормонів та цитокінів, які відновлюють кровеносні судини, що, в свою чергу, знижує артеріальний тиск. Відсутність фізичної активності також підвищує ризик надмірної ваги [7].

Дієтотерапія є одним з найбільш ефективних способів профілактики ССЗ, які залишаються основною причиною смерті та інвалідності у всьому світі [4, 5, 17]. Призначення дієти з виключенням цукру.



солодощів, солодких напоїв упродовж 12 тижнів сприяє корекції відразу декількох факторів ризику: зменшенню маси тіла, вмісту базального інсуліну крові. Обмеженням вживання простих вуглеводів призводить до активації фібринолізу та посилення антитромботичних механізмів [5]. Хворі на АГ повинні вживати в їжу більше овочів і фруктів, близько 300 г/добу [15].

Такі продукти, як морська риба, овочі, фрукти, містять велику кількість омега-3 ПНЖК і мають захисні властивості щодо проблем з ССЗ. Застосування вітамінів у рандомізованих клінічних дослідженнях не довело їх ефективності у профілактиці ішемічної хвороби серця. У харчовому раціоні пацієнтів повинні бути овочі, фрукти, цільнозернові каші, хліб, риба (особливо морська), нежирне м'ясо (курятина, яловичина, кролятина), низькокалорійні молочні продукти [15].

Також слід звернути увагу пацієнтів на режим харчування. Має бути 4-разовий прийом їжі, обов'язкова наявність сніданків. Також слід обмежити звичку досоловувати їжу.

За даними ВООЗ, профілактика виникнення ССЗ, яка базується на зміні способу життя, є універсальним заходом проти АГ, а застосування заходів рекомендованих Європейським товариством кардіологів та українською асоціацією кардіологів сприяє

зменшенню кількості її нових випадків на 50 % [6].

#### Висновки

Жінки хворі на артеріальну гіпертензію (АГ) мали достовірно вищий біомас-індекс Кетле, ніж чоловіки ( $p < 0,05$ ) та частіше страждали на ожиріння. Достовірних відмінностей у масі тіла чоловіків і жінок не виявлено ( $p > 0,05$ ).

Жінки з артеріальною гіпертензією частіше досоловували продукти, ніж чоловіки; достовірно частіше не снідали, ніж чоловіки. Хоча, більшість жінок вживало їжу 3 рази на добу на відміну від чоловіків.

Серед факторів ризику виникнення артеріальної гіпертензії провідними у жінок є надлишкова вага, досоловання їжі, обмежена фізична активність; у чоловіків - надлишкова вага, наявність шкідливих звичок (тютюнопаління, вживання алкоголю), досоловання їжі, обмежена фізична активність.

Запропоновано, диференційовано для чоловіків і жінок, найбільш дієві заходи профілактики погіршення стану пацієнтів з артеріальною гіпертензією, з урахуванням їх харчової поведінки дозволить покращити стан здоров'я пацієнтів з даним захворюванням та попередити інвалідизацію та настання передчасної смерті.

#### Література

1. Характеристика загальних закономірностей здоров'я населення України / Г.О. Слабкий, Г.Я. Пархоменко, Н.П. Крижина // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 3(15). – С. 39-47.
2. Проблеми здоров'я і тривалості життя в сучасних умовах / Під ред. В.М. Коваленко, В.М. Корнацького – Київ, 2017. – с. 300.
3. Kannel W.B. Risk Factors in Hypertension / W.B. Kannel // Journal of Cardiovascular Pharmacology. - 1989. [Електронний ресурс] - Режим доступу : [http://journals.lww.com/cardiovascularpharm/Abstract/1989/00131/Risk\\_Factors\\_in\\_Hypertension\\_3.aspx](http://journals.lww.com/cardiovascularpharm/Abstract/1989/00131/Risk_Factors_in_Hypertension_3.aspx).
4. Risk factors for hypertension in a national cohort study / E S Ford, R S Cooper // Hypertension. – 1991.- N 18. P 598-606.
5. Дієтичне харчування хворих на артеріальну гіпертензію з підвищеною масою тіла та гіперінсулінемією / Крамарьова В.Н., Полонська Л.Н., Меркулова І.О., Тиравська Ю.В., Лизогуб В.Г. // Журнал «Артериальная гипертензия». - 2017. –4 (54) - С.31-38.
6. Рекомендації української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. Посібник до національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії. Четверте видання, виправлене і доповнене /

- Є.П. Свіщенко, А.Е. Багрій, Л.М. Єна [та ін.] / Журнал «Артериальная гипертензия». – 2009. - № 1(3) [Електронний ресурс]: Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/7903>.
7. Risk Factors for High Blood Pressure (Hypertension) / University of California San Francisco: UCSF Medical Center [Електронний ресурс] - Режим доступу : [https://www.ucsfhealth.org/education/risk\\_factors\\_for\\_high\\_blood\\_pressure/index.html](https://www.ucsfhealth.org/education/risk_factors_for_high_blood_pressure/index.html).
8. Psychosocial Risk Factors for Hypertension: An Update of the Literature / Y. HYPERLINK “[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Cuffee%20Y%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=25139781](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Cuffee%20Y%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=25139781)”Cuffee, C. HYPERLINK “[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Ogedegbe%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=25139781](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Ogedegbe%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=25139781)”Ogedegbe, N.J. HYPERLINK “[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Williams%20NJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=25139781](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Williams%20NJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=25139781)”Williams, G. HYPERLINK “[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Schoenthaler%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=25139781](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Schoenthaler%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=25139781)”Schoenthaler // CurrHYPERLINK “<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/efetch.fcgi?dbfrom=pubmed&retmode=ref&cmd=prlinks&id=25139781>”HYPERLINK “<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/efetch.fcgi?dbfrom=pubmed&retmode=ref&cmd=prlinks&id=25139781>”HypertensHYPERLINK “<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/efetch.fcgi?dbfrom=pubmed&retmode=ref&cmd=prlinks&id=25139781>”. - 2014. -N 16(10). P. 483.
9. Are Symptoms of Anxiety and Depression Risk Factors for Hypertension? / B.S. Jonas, P.Franks, D.D. Ingram // Arch Fam Med. – 1997. - №.6. – P. 43-49.
10. Global targets 2025 / WHO [Електронний ресурс] - Режим доступу : <http://www.who.int/nutrition/global-target-2025/en/>.
11. Гігієна та екологія: Підручник / За редакцією В.Г. Бардова. – Вінниця: Нова Книга, 2006. – 720 с.
12. Єльцова Л.Б. Обґрунтування шляхів удосконалення анкетно-опитувального методу оцінки фактичного харчування населення / Л.Б. Єльцова, С.Т. Омельчук // Медичні перспективи. – 2017. - № 3. – Том XXII. – С. 104-112.
13. Коваленко В.М. Виконання Державної програми боротьби з гіпертензіями в Україні / В.М. Коваленко, В.М. Корнацький / Український кардіологічний журнал. – 2010. – № 6. – С. 7-12.
14. Hubert H.B., Feinleib M., McNamara P.M. et al. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease. A 26 year follow up of participants in the Framingham heart study // Circulation. - 1983. - 67. - P. 968-977.
15. Гіпертонічні кризи: стандарти діагностики, надання невідкладної допомоги та профілактика / В.І.Денисюк, О.В.Денисюк, С.В.Валуєва // Журнал «Артериальная гипертензия». - 2010. - № 2(10) [Електронний ресурс] - Режим доступу : <http://www.mif-ua.com/archive/article/13045>.
16. Профілактика серцево-судинних захворювань адаптована клінічна настанова, заснована на доказах / Державний експертний центр МОЗ України, асоціація кардіологів України, українська асоціація сімейної медицини. – 2016. – 127 с.
17. Milk and dairy consumption and risk of cardiovascular diseases and all-cause mortality: dose-response meta-analysis of prospective cohort studies / Guo J, Astrup A, Lovegrove JA et al. // Eur J Epidemiol. – 2017. - № 32(4). – P. 269-87.