

## Рискови фактори за артериална хипертония

Грета Колева, Иринка Христова

**Risk factors for arterial hypertension:** *Risk factors for hypertension can be divided into two main groups - manageable and irreversible. Appropriate changes in the lifestyle can reliably and effectively delay or prevent high blood pressure. Control of the risk factors and education of the patient, requires a multidisciplinary approach involving specially trained nurses.*

**Key words:** *arterial hypertension, risk factors, lifestyle, nurses*

### ВЪВЕДЕНИЕ

Честотата на хипертонията сред възрастното население на европейските страни е около 30-45% като нараства стъпаловидно с възрастта. Приблизително такава е и за България [2].

Артериалната хипертония /АХ/ представлява състояние на трайно повишение на диастолното налягане над 90 mmHg и/или повишено систолно налягане над 140 mmHg при лица над 18-годишна възраст и е едно от най-честите болестни състояния при човека [1]. Лечението изисква разнообразни подходи. Макар и да е широко прието, че медикаментозната терапия е необходима за контрол на високото кръвно налягане не бива да се забравя, че не фармакологичните мерки имат съществено значение. Множество епидемиологични проучвания показваха зависимост между отделни демографски и клинични фактори, респективно социално поведение и артериалната хипертония.

Познатите рискови фактори (РФ) за хипертония се разделят в две основни групи – управляеми и необратими. Сред необратими (неуправляеми) са: възраст, пол, раса, генетично предразположение, жени в пост менопауза, социално и икономическо положение. След 65 годишна възраст много по-висок процент от жените страдат от артериална хипертония, отколкото мъжете [9].

Високото кръвно налягане е особено разпространено сред чернокожи.

Наследствеността изразена в проценти като фактор, отговорен за поява на високо кръвно налягане е около 60% [9].

Обратими или управляеми рискови фактори са факторите, които могат да намалят риска от развитие на артериална хипертония и по този начин риска от сърдечно-съдови заболявания. Това са: повишена консумация на готварска сол, неправилен хранителен режим, наднормено тегло, намалена физическа активност, злоупотреба с алкохол и никотин, хиперхолестеролемия, хроничен психоемоционален стрес [2,3].

Подходящи промени в стила на живот могат сигурно и ефективно да забавят или предотвратят хипертонията при нормотоници, да отдалечат или предотвратят медикаментозната терапия при хипертоници със степен 1 хипертония и да допринесат за понижаване на артериалното налягане при пациенти с хипертония, които вече са на медикаментозна терапия. Също така могат да допринесат и за контрол на другите рискови фактори [2].

### ИЗЛОЖЕНИЕ

Артериалната хипертония е в тясна корелация с наднорменото телесно тегло. Загубата на телесно тегло при хипертоници може да повиши ефикасността на медикаментите и да подобри сърдечно-съдовия рисков профил. Наднормено тегло е налице при 67% от мъжете и при 52% от жените [3]. Съотношението „талиа-ханш“ е мярка за разпределението на мазнините в тялото. Различават се андроиден и геноиден тип.

Андроиден тип (тип „Ябълка“) представлява натрупване на мазнини предимно в областта на корема. При геноиден тип (тип „Круша“) натрупването на мазнини е

предимно в бедрата и седалището. Препоръчват се следните норми за индекс на телесна маса (ИТМ) и за обиколка на талията при нормотоници, за да предотвратят хипертония и при хипертоници, за да редуцират артериалното си налягане: ИТМ за жени ~25кг/м<sup>2</sup>, мъже ~25кг/м<sup>2</sup>. Обиколка на кръста за жени < от 88 см, респективно отношение талия-ханш < от 0,85 и при мъже < 102 см, респективно < 0,9-1 [3].

Всеки един човек може сам да определи дали попада в графата наднормено тегло, като изчисли своя ИТМ по следната формула: ИТМ = кг/м<sup>2</sup>. Пресмята се като, теглото в килограми се разделя на височината в метри, повдигната на квадрат [9]. В табл. 1 са показани стойностите на ИТМ за съответния здравен риск.

Таблица 1: Индекс на телесната маса

ИТМ (кг/м <sup>2</sup> )		Здравен риск
Нормално тегло	18.5 - 24.9	Нисък
Наднормено тегло	25 - 29.9	Леко повишен
Затлъстяване	>=30	
- първа степен	30.0 - 34.9	Умерено висок
- втора степен	35.0 - 39.9	Висок
- трета степен	> 40	Много висок

За редукия на телесното тегло е необходимо да се съчетаят хранителен режим със системна физическа активност [2].

Значението на промените в храненето при високо кръвно налягане е потвърдено след проучването DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension). Хранителния режим прилаган в това проучване е богат на плодове, зеленчуци и нискомаслени млечни продукти. Съдържанието на сол и общата калорийност са постоянни. Самата диета се нарича DASH диета. При хората на тази диета се наблюдава значително понижаване на кръвното налягане в сравнение с хората на стандартна диета. Проучването показва ползите от нискомаслената диета. Тя е полезна и за намаляване на риска от атеросклероза. Най-близка до т.нар DASH диета е Средиземноморската диета. Там освен много плодове и зеленчуци се включва и употреба на зехтин в ежедневно хранене [9].

Съществуват доказателства за причинната връзка между приема на сол и АН, както и за това, че ексцесивният прием на сол може да бъде причина за резистентна хипертония [2]. Хора, приемащи по-малко сол, по-слабо повишават кръвното налягане с напредване на възрастта. Ограничения прием на сол до около 100 ммол/24ч (5 – 6г/24ч) води до значително понижаване на кръвното налягане. Обичайният прием в редица страни е 9 – 12 гр [9]. Има проучвания в България на популационно ниво, че дневният прием на сол е около 13 и 15 гр [2].

Връзката между алкохолната консумация, нивото на АН и честотата на хипертонията е линейна. Системната консумация на алкохол повишава АН при хипертоници. Умерената консумация може да не носи вреда. Според възприетите критерии за стандартизиран прием на алкохол, една алкохолна единица /АЕ/ съдържа 14 гр чист алкохол, което съответства приблизително на 340 мл бира, 145 мл вино и 45 мл концентрат [8,7]. Допустимата норма за прием на алкохол за хипертоници е както следва: мъже – 20-30г дневно или 140г седмично, жени – 10-20г дневно или до 80г седмично [2].

Тютюнопушенето е главният рисков фактор за атеросклеротични сърдечно-съдови заболявания. То причинява повишаване на АН и сърдечната честота, което е с продължителност 15 минути след изпушване на една цигара. Рискът при пушачите корелира с броя на изпушените дневно цигари и с продължителността на периода на пушене, след 30 годишна възраст се удвоява в сравнение на 10 годишен период на пушене. "Леките" цигари не са по-малко вредни. При пушенето на пури или лула не е установена статистически значима разлика. Има доказателства за вредата от

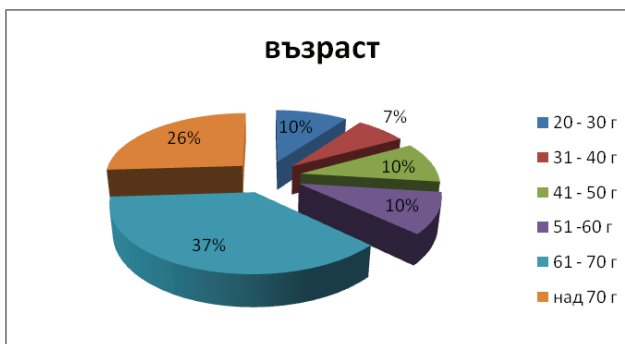
пасивното пушене. Според Световната здравна организация (СЗО) след прекратяване на пушенето рискът намалява с 50% след 1 година, едва 15 години след спиране на пушенето рискът от смърт се изравнява с този на непушачите [2,3].

Острият емоционален стрес може да причини повишаване на кръвното налягане поради рязко увеличаване на серумния адреналин и норадреналин. Продължителния (хроничен) стрес може да е причина за трайно повишаване на кръвното налягане [3].

Рискът от сърдечно-съдов инцидент при липса на физическа активност е двоен [3]. Системната аеробна физическа активност може да бъде полезна както за профилактиката, така и за лечението на хипертонията и да понижи сърдечно-съдовия риск и смъртността. Хипертониците трябва да бъдат съветвани да участват в поне 30-минутни аеробни динамични упражнения с умерен интензитет (ходене, плуване, колоездене и др.), 5-7 дни седмично [2].

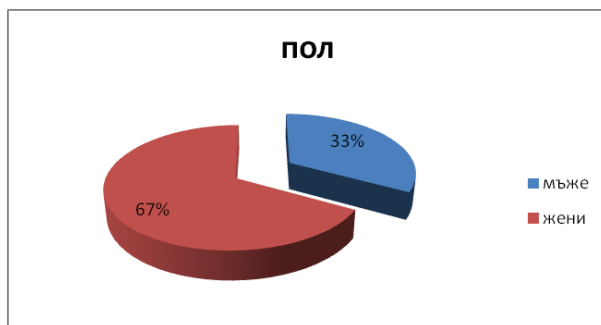
Значението на всеки един РФ не трябва да се оценява поотделно, а преди всичко в комбинация с други рискови фактори. Това е така, защото доста често самостоятелното въздействие на даден РФ е доста по-слабо изразено, отколкото ако той действа в комбинация с други рискови фактори. С промяна към здравословен начин на живот можем да въздействаме върху т.нар. обратими рискови фактори – телесно тегло, начин на хранене, двигателна активност, тютюнопушене и злоупотреба с алкохол.

С цел установяване на разпространението на горепосочените рискови фактори е осъществено анкетно проучване сред 70 пациента с доказана хипертония, посетили кардиологичен кабинет в гр. Русе в периода 19.05. – 13.06.2014 г. Анкетата се състои от 6 въпроса, като към въпроса за брой хранения в денонощие има и под въпрос, касаещ вида на храната. Анкетираните можеха да посочат до два отговора. Първите два въпроса определят пола и възрастта на изследваните лица. Останалите въпроси са насочени към идентифициране на РФ. Разпределението на пациентите по възраст е показано във Фигура 1.



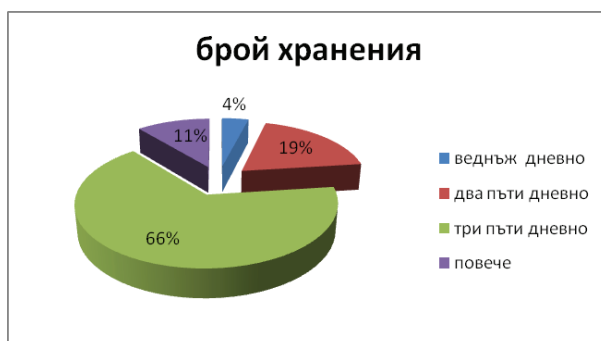
Фигура 1. Разпределение на пациентите по възраст %

Прави впечатление, че по-голямата част от анкетираните пациенти - 63% са на възраст над 61 години. Пациентите в трудоспособна възраст са 27%.



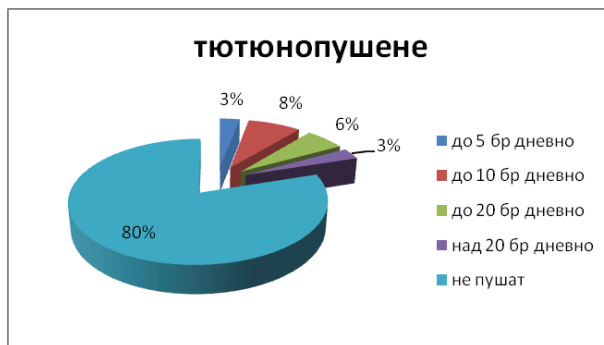
Фигура 2 . Разпределение на пациентите по пол в %

Наблюдаваме, че жените са два пъти по-голям брой от мъжете.



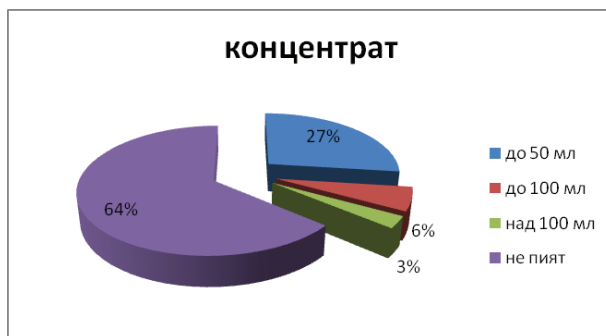
Фигура 3. Брой хранения в денонощие в %

66% от пациентите посочват, че се хранят три пъти дневно, което е показател за прилагането на добър режим на хранене. 61% от тях консумират предимно хляб и тестени изделия. На 69% от анкетираните в менюто им присъстват зеленчуци и плодове, на 50% - месо ежедневно.



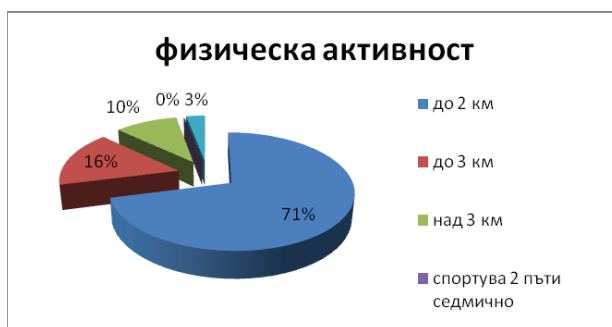
Фигура 4. Брой изпушени цигари дневно в %

От фигурата е ясно, че по-големия брой анкетирани са непушачи. Това най-вероятно се дължи на възрастовата структура, която е за сметка на пациенти над 61 годишна възраст.



Фигура 5. Употреба на концентрат в %

Виден е резултата от този въпрос - само 9% злоупотребяват с канцентрат, 27% пият в допустими граници, а 64% не консумират никакви алкохолни напитки.



Фигура 6. Физическа активност в %

Предвид възрастовата структура на анкетираните се наблюдава ограничена физическа активност при 71%. Само двама анкетирани (3%) спортуват ежедневно и нито един два пъти седмично. Останалите 26% практикуват ходене до и над 3 км дневно.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По изброените критерии: брой хранения, тютюнопушене, употреба на алкохол и физическа активност установихме добър контрол на рисковите фактори за хипертонична болест сред анкетираните.

Контролът на рисковите фактори и обучението на пациентите за промени в стила на живот са важна интегрална част от сестринските грижи, които могат да се адаптират според индивидуалния рисков профил на всеки болен. Безспорен е факта, че ефективната грижа изисква мултидисциплинарен подход. В рамките на болничния престой като елемент на сестринските грижи, може да бъде интегрирана индивидуална консултация за мотивиране на пациента. В условията на доболничната помощ трябва да участват общопрактикуващите лекари, медицински специалисти от различни специалности и специално обучени медицински сестри, които да следят пациентите отблизо през целия период на лечението им. Медицинската сестра може да обучи пациента да идентифицира собствените си управляеми (модифицируеми) РФ, да го подпомогне във формулирането на

индивидуалните цели за подобряване на телесната маса, диетата и двигателна активност, както и да придобие конкретни умения за подобряване на хранителния режим и да набележи цели и стратегии за постигането им [4,5,6]. Редица проучвания показват, че когато грижата за хипертониците се осъществява комплексно – от специализиран екип, АН може да се понижи значително повече в сравнение със стандартния подход [2].

#### **ЛИТЕРАТУРА**

- [1] Белоев,Й., Грижи за болния и сестринска техника, С, 2000г.
- [2] Българска лига по хипертония,Препоръки за поведение при хипертония в клиничната практика, 2013
- [3] Щирле,У., Ф. Хартман, Кардиология-клиничен наръчник, Медицина и физкултура, С, 2010г.
- [4] Henning, M. Nursing's Role in Nutrition. CIN: Computers, Informatics, Nursing 27, 2009:301-306.
- [5] Lazarou Ch, Kouta Ch. The role of nurses in prevention and management of obesity. British Journal of Nursing 19, 2010:641-647.
- [6] Miller S, Alpert P, Cross C. Overweight and obesity on nurses advanced practice nurse and nurse education. J Am Ac Nurse Pract 20, 2008:259-65.
- [7] Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and Public Health. Lancet 365, 2005:519-30.
- [8] [www.cdc.gov/alcohol](http://www.cdc.gov/alcohol)
- [9] [www.problem.framar.bg/html](http://www.problem.framar.bg/html)

#### **За контакти:**

Ас. Грета Колева, Катедра “Здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0882517173, e-mail: [gkoleva@uni-ruse.bg](mailto:gkoleva@uni-ruse.bg)

Ас. Иринка Христова, Катедра “Здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 08884582733, e-mail: [ihristova@uni-ruse.bg](mailto:ihristova@uni-ruse.bg)

**Докладът е рецензиран.**