

Снижение числа больных с повышенными показателями АД в исследуемой группе было достоверным уже к третьим суткам терапии ($p < 0,05$). Количество пациентов с повышенным САД уменьшилось на 25 %, с повышенным ДАД — на 20 %. К шестым суткам уровень АД изменился на 40 и 35 % соответственно; к девятым — на 75 и 65 %. Значение ССАД снизилось на 9,1 % на 10-е сутки и на 16,6 % — на тридцатые сутки исследования. Динамика СДАД снизилась на 5,2 % на 10-е сутки лечения; на 11,3 % — к 30-м суткам исследования.

Доля больных с недостаточным гипотензивным эффектом по данным офисного измерения АД (% от общего числа пациентов в группах) при проводимой монотерапии эналаприлом (при оценке показателей САД) составила 75 % — на 3-и сутки, 60 % — на 6-е сутки, 25 % — на 9-е сутки, что требовало увеличение исходной дозы препарата до 10 мг. К 12 суткам терапии больных с недостаточным гипотензивным эффектом при лечении эналаприлом выявлено не было (0 %, $p < 0,001$).

К десятым суткам лечения снижение ИВСАД указанного показателя составило 25,9 % от исходного ($p < 0,001$); к тридцатым суткам — 65,7 %. К десятым суткам терапии, достоверного снижения суточного ИВДАД не отмечено ($p > 0,05$). К тридцатым суткам снижение суточного ИВДАД — 37,1 % от исходного.

При лечении эналаприлом ИПСАД сократился на 56,5 % от исходного; к тридцатым суткам — на 86,0 %. На десятые сутки терапии показатель ИПДАД снизился на 31,7 %; к тридцатым суткам — на 64,7 % от исходного уровня ИПДАД ($p < 0,001$).

Величина ВарСАД и ВарДАД к десятым суткам исследования не изменилась ($p > 0,05$), также как и ночные ВарСАД и ВарДАД ($p > 0,05$), в то время как дневной ВарСАД на десятые сутки снизился на 11,5% ($p < 0,05$). Дневной ВарДАД не изменился ($p > 0,05$).

Выводы

Монотерапия эналаприлом сопровождается улучшением суточного профиля АД: при исследовании типа ночного снижения систолического АД уменьшилось количество найтпикеров (на 5 %); а при исследовании типа ночного снижения диастолического АД — количество гипердипперов (на 5 %) и нондипперов (на 5 %), что уменьшает вероятность ночных кризов АД. Установлено, что монотерапия эналаприлом оказывает значительное влияние на показатели артериального давления (снижает ССАД и СДАД, в разной степени уменьшает ИВСАД, ИВДАД, ИПСАД и ИПДАД), но не влияет на ВарСАД и ВарДАД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ингибиторы АПФ – рациональная фармакотерапия эндотелиальной дисфункции / М. М. Петрова [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2008. — № 2. — С. 89–92.
2. Кобалава, Ж. Д. Артериальная гипертония в вопросах и ответах. Справочник практикующих врачей / Ж. Д. Кобалава, Ю. В. Котовская; под ред. В. С. Моисеева. — М.: Фортэ АРТ, 2002. — 100 с.
3. Комбинированная терапия гипертонической болезни умеренной и тяжелой формы течения / И. Е. Чазова [и др.] // CONSILIUM-MEDICUM. — 2003. — Т. 5, № 5. — С. 258–261.
4. Суточное мониторирование артериального давления в клинической практике / Л. Г. Ратова [и др.] // CONSILIUM-MEDICUM. — 2001. — Прилож., вып. 2. — С. 3–14.

УДК 613.261

ВЕГЕТАРИАНСТВО: ДИНАМИКА ВЗГЛЯДА НА ПРОБЛЕМУ

Якубович О. А., Вабищевич Р. А.

Научный руководитель: ассистент М. А. Чайковская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Вегетарианство (от лат. *vegetarius* — «растительный») — общее название систем питания, исключающих или ограничивающих употребление продуктов животного про-

исхождения. Традиционно вегетарианство считалось неполноценной диетой, не обеспечивающей организм человека всеми необходимыми веществами. Однако, все чаще отношение диетологов к вегетарианству стало изменяться, т. к. исследования последних десятилетий свидетельствуют, что перегрузка организма животным белком, калориями и насыщенными жирами повышает риск развития многих заболеваний [3].

Цель работы

Анализ и систематизация данных о влиянии вегетарианского питания на здоровье населения.

Материал и методы: публикации, содержащие информацию о вегетарианстве.

Результаты исследования

Отношение к вегетарианству даже среди специалистов неоднозначно. Основные доводы, приводимые против вегетарианства: недостаток содержания в растительной пище белков и их неполноценность, недостаток железа и его низкая усвояемость, недостаток (у веганов — полное отсутствие) витамина В₁₂, недостаточное поступление в организм других витаминов (А₁, В₂, D), цинка, кальция, жирных кислот. Как следствие, нерациональность вегетарианского питания, особенно для детей, подростков, беременных женщин, кормящих матерей, спортсменов. Лактовегетарианство и лактоовоовегетарианство не вызывают таких возражений как веганство. Их применение может быть рекомендовано при ряде заболеваний (обычно в виде разгрузочных дней или коротких курсов).

В настоящее время Американская диетологическая ассоциация (АДА) и диетологи Канады рассматривают правильно спланированное питание на растительной основе как способное обеспечить человека всеми необходимыми пищевыми компонентами и позволяющее предотвратить ряд наиболее распространенных заболеваний (сердечно-сосудистые, онкологические, диабет, мочекаменную болезнь, старческое слабоумие и др.). По мнению американских диетологов, такая диета полезна всем, при любом состоянии организма, включая беременность и кормление, и в любом возрасте, включая детский (имеется в виду полноценная и правильно составленная вегетарианская диета, исключающая возникновение каких бы то ни было дефицитов). Американскими диетологами разработаны рекомендации по выбору продуктов в виде «пирамиды питания» [3].

С целью сравнения качества, количества и усвояемости белка из растительной и животной пищи проводились и проводятся исследования на животных и изучаются особенности питания отдельных групп людей.

Общеизвестно, что биологическая ценность белка определяется его аминокислотным составом. При скормливании крысам казеина (белок молока) и зеина (белок, выделенный из кукурузы; не содержит лизина и практически не содержит триптофана) было установлено, что при получении с пищей казеина рост животных не нарушался, в то время как замена казеина зеином приводила к постепенному отставанию в росте и снижению массы тела животных. Добавление к зеину только триптофана предотвращало снижение массы тела, но не увеличивало рост; при добавлении к рациону еще и лизина масса тела прогрессивно нарастала [2]. Вывод по результатам опыта: скормливание крысам растительного белка зеина, не содержащего двух незаменимых аминокислот, привело к остановке роста, уменьшению массы тела и развитию отрицательного азотистого баланса. Однако, человек и животные питаются не искусственно выделенными, а натуральными белками в составе цельных продуктов, в которых обычно содержится весь набор незаменимых аминокислот. Так, цельное кукурузное зерно (в отличие от искусственно выделенного белка зеина) содержит 2,5 % лизина, 0,7 % триптофана. Таким образом, в природе полноценных белков почти не существует. Следует, очевидно, лишь различать биологически более ценные и менее ценные (в питательном отношении) белки (таблица 1) [2].

Таблица 1 — Содержание незаменимых аминокислот в белках различного происхождения

Аминокислота	Содержание аминокислоты в продуктах, % от сухой массы					
	пшеничная мука	соевая мука	рыбная мука	говядина	коровье молоко	кормовые дрожжи
Аргинин	4,2	4,7	5,0	7,7	4,1	8,0
Гистидин	2,2	2,4	2,3	3,3	2,6	1,7
Изолейцин	4,2	5,4	4,6	6,0	7,8	5,5
Лейцин	7,0	7,7	7,8	8,0	11,0	7,6
Лизин	1,9	6,5	7,5	10,0	8,7	6,8
Метионин	1,5	1,4	2,6	3,2	0,8	1,2
Фенилаланин	5,5	5,1	4,0	5,0	5,5	3,9
Треонин	2,7	4,0	4,2	5,0	4,7	5,4
Триптофан	0,8	1,5	1,2	1,4	1,5	1,6
Валин	4,1	5,0	5,2	5,5	7,1	6,0

Также биологическая ценность пищевого белка зависит от степени его усвоения организмом. Аминокислотный состав белков мяса, молока, яиц ближе к аминокислотному составу органов и тканей человека. Считается, что такой белок лучше используется организмом для синтеза белков тканей (в первую очередь белок молочных продуктов). Растительные белки также содержат необходимый набор аминокислот, но в другом соотношении. Поэтому для обеспечения биосинтеза необходимого количества эндогенных белков человеку потребуется больше растительных белков, чем животных [2].

Результаты исследований на животных продолжительностью около 30 лет выявили, что высокое содержание белка в пище ускоряет развитие опухолей, находящихся на ранней стадии развития, причем таким эффектом обладают преимущественно животные белки. В последующем это было подтверждено и в отношении людей (исследовательский проект «China Study» и ряд других исследований) [3]. В целом, в последнее время отмечается тенденция к снижению норм белка в питании вообще.

Вероятно, проблема состоит не столько в невозможности получить из растительной пищи все необходимые для жизнедеятельности организма питательные вещества, витамины и микроэлементы, сколько в отсутствии у населения информации, навыков и возможностей организовать для себя полноценное вегетарианское питание. Для перехода на вегетарианский способ питания необходимо квалифицированное медицинское сопровождение и учет особенностей состояния здоровья конкретного человека. В мире на сегодняшний день существует крайне мало специалистов-диетологов. Обеспеченность населения такими специалистами выглядит следующим образом: Франция — 1 специалист на 1 540 чел., Германия — 1 на 1220 чел., Великобритания — 1 на 1640 чел., США — 1 на 526 чел., Япония — 1 на 300 чел., Беларусь — 1 на 250 тыс чел. [1].

Выводы

В настоящее время вегетарианство приобретает все большее распространение среди населения и находит поддержку у ряда специалистов в области диетологии. Являясь актуальным, данный вопрос требует более глубокого изучения, объективного и взвешенного подхода, основанного на научных данных и учитывающего особенности организма конкретного человека, а также адаптации к объективным условиям жизни в конкретном регионе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астапович, О. Здоровый рацион: быть или не быть вегетарианцем? / О. Астапович, С. Муравский // Родная природа. — 2011. — № 2. — С. 49–51.
2. Березов, Т. Т. Биологическая химия: учебник / Т. Т. Березов, Б. Ф. Коровкин. — М.: Медицина, 2004. — 704 с.
3. Марголина, А. Вегетарианство и здоровье / А. Марголина // Наука и жизнь. — 2010. — № 4. — С. 97–101.