

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
УО "ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ"

# **ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ**

Материалы 68-ой научной сессии сотрудников университета

31 января – 1 февраля 2013 года

ВИТЕБСК - 2013

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431-52.82я431  
Д 70

**Редактор:**

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

**Заместитель редактора:**

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

**Редакционный совет:**

Профессор В.Я. Бекиш, д.ф.н. Г.Н. Бузук, профессор В.С. Глушанко, профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич, профессор Н.Г. Луд, д.м.н. Л.М. Немцов, доцент Э.А. Аскерко, профессор В.И. Новикова, профессор В.П. Подпалов, профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов, профессор А.Н. Щупакова, доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова, доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик, доцент В.В. Столбицкий, доцент И.А. Флоряну

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации.

Материалы 68-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск:  
ВГМУ, 2013. – 663 с.

ISBN 978-985-466-633-4

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431

© УО «Витебский государственный  
медицинский университет», 2013

ISBN 978-985-466-633-4

Jacobsen, R.J. Rodeheffer, B.L. Karon, M.M. Redfield // Journal of the American College of Cardiology. – 2005. – Vol. 45, №. – P. 87-92.

2. Maharaj, R. Diastolic dysfunction and heart failure with a preserved ejection fraction: relevance in critical illness and anesthesia / R. Maharaj //

Journal Saudi Heart Association. – 2012. – Vol. 24. – P. 109-121.

3. Recommendations for the evaluation of left ventricular diastolic function by echocardiography / S.P. Nagueh [et al.] // Journal society echocardiology. – 2009. – Vol. 22. – P. 107-133.

## САМОКОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, НЕКОТОРЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

*Симанович А.В.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Актуальность.** В настоящее время метод самостоятельного контроля артериального давления (СКАД) признан необходимым элементом контроля артериального давления (АД) в рекомендациях российских, европейских и североамериканских специалистов [1]. Получено большое количество данных относительно положительного влияния использования СКАД на повышение приверженности больных АГ к лечению, что в конечном итоге повышает эффективность длительной антигипертензивной терапии (АГТ) [2, 3]. Исследования показали, что в группе больных АГ с использованием метода СКАД в течение 1–1,5 лет амбулаторного лечения наблюдалась более высокая приверженность к лечению, чем у больных, не применявших метод СКАД (88,6% и 54% соответственно), и достижение целевого уровня АД было отмечено у большего числа пациентов в группе использования СКАД (49% и 22%, соответственно) [1]. Преимущества ежедневного самоконтроля АД и

заполнения дневника: возможность регулярного определения своего АД; определение тех событий и ситуаций, которые приводят к повышению АД в течение дня; значительно снижает риск развития осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, так как позволяет вовремя реагировать на повышение АД; позволяет определить эффективность лечения; снижаются затраты на лечение; улучшается качество жизни.

Правила заполнения дневника. В дневнике пациент должен записывать значения АД и пульса, обычно 3 раза в день: утром после пробуждения (утренние измерения следует проводить до приема лекарств), днем и в конце дня; указывать, какое и когда принял лекарство, а также, если возможно, время активности и приема пищи, период сна, записать допущенные погрешности в диете, имевшие место стрессовые ситуации, метеофакторы, т.е. все, что может повлиять на уровень АД.

Пример дневника таблица 1.

Таблица 1.

Дневник для самостоятельного контроля за АД

Дата	Время	АД, мм рт.ст.	Пульс, уд./мин	Название лекарства, доза	Примечание (стрессовые ситуации, метеофакторы, погрешности в диете, острые или обострение хронических заболеваний и др.)
01.10.12	8.00	130/80	70	Эналаприл 10мг, Индап 2,5мг	
	14.00	125/80	68		
	20.00	160/90	73	Эналаприл 20мг	

С помощью дневника пациента врач сможет определить факторы, отрицательно влияющие на АД с тем, чтобы правильно подобрать лекарство,

которое будет поддерживать его АД в течение суток на необходимом уровне.

Анализ данных. Данные, полученные в первый

день, исключаются, так как не являются представительными в связи с реакцией тревоги и рассматриваются как момент привыкания к прибору и процедуре измерения. Было отмечено, что первые измерения из каждой серии замеров у части больных АГ значительно превышают последующие — так называемый эффект первого измерения. Верхним пределом нормотензии по методу СКАД считается уровень АД 135/85 мм рт. ст., а величины 140/90 мм рт. ст. и выше — артериальной гипертензией [методические рекомендации Европейского общества изучения гипертензии 2003 г.]. Уровень 136–139/86–89 мм рт. ст. признается, так называемым «диапазоном предположительно повышенного АД». Целевой уровень АД при лечении по данным СКАД должен быть ниже 130–135/85 мм рт. ст. [1]. Применение самостоятельного измерения АД позволяет зарегистрировать скрытую неэффективность терапии в утренние часы, а также неравномерность эффекта антигипертензивных препаратов в течение длительного наблюдения.

Пример. Больная В., 69 лет, проходила стационарное лечение в кардиологическом отделении

ВГЦКБ по поводу гипертонического криза. Клинический диагноз: Артериальная гипертензия 2 степени, риск 3. Страдает артериальной гипертензией более 7 лет. Регулярно контролирует артериальное давление при помощи автоматического тонометра. Постоянно принимала лизиноприл - 10 мг утром. Схема лечения изменена: лизиноприл 5 мг в сутки, индап 2,5 мг 1 раз в сутки. Пациентка заполняла дневник по измерению АД и ЧСС утром, днем и вечером в течение 1 месяца. Спустя месяц проводилась коррекция АГТ. Так как пациентка за первый месяц наблюдения не достигла целевых уровней АД, была переведена на другую схему лечения: индап 2,5 мг, лизиноприл 5 мг, бисопролол 5 мг. После коррекции пациентка вновь заполняла дневник по измерению АД и ЧСС на протяжении 4-х недель.

На рисунке 1 показана динамика систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) у пациентки в течение первых 4-х недель и последующих 4-х недель после коррекции АГТ, на рисунке 2 – динамика частоты сердечных сокращений (ЧСС).

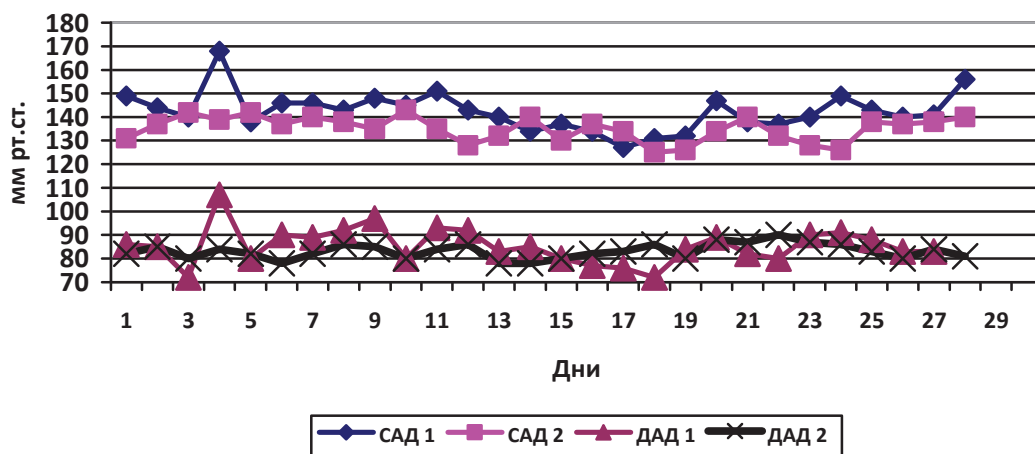


Рис. 1. Динамика САД и ДАД в течение двух месяцев

На рисунке 1 видно, что уровни САД и ДАД в течение 2 месяца измерения ниже, чем в первый месяц измерения (среднее САД в течение первого месяца 141,1 мм рт.ст., в течение второго месяца

129,8 мм рт.ст.; среднее ДАД в течение первого месяца 84,9 мм рт.ст., в течение второго месяца 77,6 мм рт.ст.).

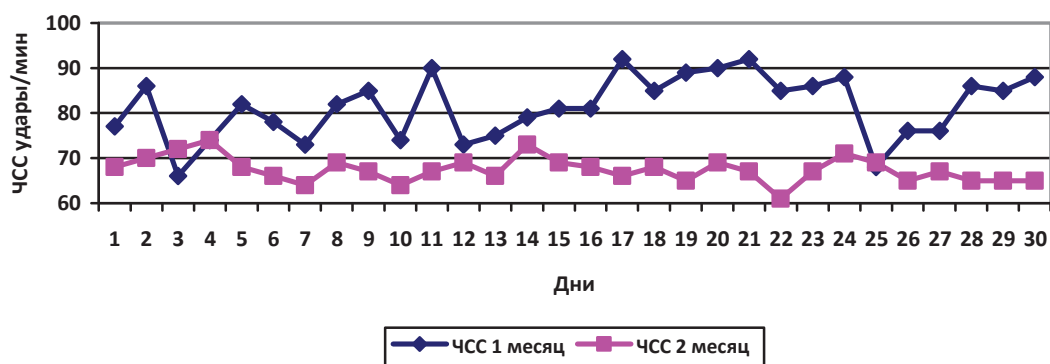


Рис. 2. Динамика ЧСС

ЧСС в течение второго месяца достоверно ниже, чем в течение первого месяца (средняя ЧСС в течение первого месяца 82,0 ударов в минуту, в течение второго месяца 68,3 ударов в минуту).

Динамика средних значений САД, ДАД и ЧСС в течение 1 месяца измерения АД и после коррекции антигипертензивного лечения показана в таблице 2.

Таблица 2.

Средние значения САД, ДАД и ЧСС в течение 1 месяца измерения и после коррекции лечения

Показатели	Утро		День		Вечер	
	1 месяц	2 месяц	1 месяц	2 месяц	1 месяц	2 месяц
САД, мм рт.ст.	135,4	128,2	134,1	126,3	153,7	135,4
ДАД, мм рт.ст.	83,1	77,1	82,1	74,4	89,5	81,2
ЧСС, уд/мин	77,1	66,2	80,1	67,6	88,9	71,2

Данные таблицы 2 показывают, что пациентка не достигла целевых уровней АД при лечении в первый месяц. После коррекции АГТ в течение 2-ого месяца измерения наблюдаются более низкие показатели САД и ДАД, ЧСС, т.е. достижение целевых уровней АД.

#### Выводы.

Метод СКАД является информативным и объективным методом оценки АД на протяжении длительного периода времени, дает дополнительную информацию об уровне АД как на этапе диагностики АГ, так и в процессе лечения.

#### Литература:

1. Рогоза, А.Н. Современные неинвазивные методы измерения артериального давления для диагностики артериальной гипертонии и

оценки эффективности антигипертензивной терапии. / А.Н. Рогоза, Е.В. Ощепкова, Е.В. Цагарейшвили, Ш.Б. Гориева - Москва: МЕДИКА. - 2007. - 72 с.

2. Зелвеян, П.А. Суточный ритм артериального давления и состояние органов-мишеней у больных с мягкой измеренной формами гипертонической болезни / П.А. Зелвеян, Е.В. Ощепкова, М.С. Буниатян // Тер. Архив. - 2001. - № 73 (2). - С. 33-38.

3. Parati, G. Web-based telemonitoring of home blood pressure in general practice: the morepress-college study / G. Parati, S. Omboni, A. Fantoni [at al.] - J. of Hypertension. - 2005. - June 18, Vol.23, Suppl. 2. - P. 18.