

**МАТЕРІАЛИ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

«СЬОГОДЕННЯ ТА МАЙБУТНЄ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»

30–31 жовтня 2014 року,
м. Київ

УДК 616.12-008.331 1:618.173-07

Інформативність різних методик моніторингу рівня артеріального тиску

О.Б. Волошина, В.В. Саморукова, С.В. Бусел

Одеський національний медичний університет, Центр реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка) Одеського національного медичного університету

У статті проаналізовані результати різних методик вимірювання артеріального тиску (АТ) в амбулаторно-поліклінічних умовах – офісного АТ, добового амбулаторного і домашнього моніторингу АТ та зроблені висновки щодо інформативності домашнього моніторингу АТ у порівнянні з добовим моніторингом АТ та вимірювання офісного АТ, а також визначення чутливості до антигіпертензивних препаратів.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, моніторингу артеріального тиску.

Артеріальна гіпертензія (АГ) – одне з найпоширеніших хронічних захворювань людини. За офіційними даними Центра медичної статистики МОЗ України станом на 01.01.2011 р. в Україні зареєстровано 12 122 512 хворих на АГ, що складає 32,2% дорослого населення країни. Спостерігають стійке зростання поширеності АГ – більше ніж удвічі в порівнянні з 1998 р. та на 170% у порівнянні з 2000 р. [1].

Ефективність дій лікаря при лікуванні кожного конкретного пацієнта залежить від якісного контролю артеріального

тиску (АТ). Найчастіше для контролю АТ використовують визначення рівня офісного АТ, домашнє моніторингу АТ (ДомАТ) та добове моніторингу АТ (ДобАТ). Проте кожний з цих методів має свої переваги та недоліки, що потребує подальшого дослідження. Порівняно з офісним АТ ДомАТ дозволяє отримати цілу низку вимірів протягом декількох днів або навіть більш тривалого періоду, причому у звичному для людини середовищі. Порівняно з амбулаторним АТ ДомАТ забезпечує вимірювання протягом тривалих періодів, а також денну варіабельність АТ, є дешевшим, більш доступними і легким при повторенні. ДомАТ більш тісно пов'язаний з ураженням органів, асоційованих з АГ, ніж офісний АТ [5].

Однак на відміну від ДобАТ, ДомАТ не забезпечує вимірювання АТ під час звичайної рутинної активності та під час сну, а також проведення кількісного оцінювання короткострокової варіабельності АТ. Тому необхідно також проводити моніторингу ДобАТ, особливо при підвищенні АТ у вечірні часи та вранці та для визначення ступеня зниження або підвищення АТ у нічний час

Таблиця 1

Показники АТ залежно від методик вимірювання

Показники	Методики вимірювання АТ			
	Офісний АТ	ДомАТ, 1-а група	ДомАТ, 2-а група	ДобАТ
Середньодобовий рівень АТ, мм рт. ст.:				
САТ	152,2±2,3?	145,7±1,8	149,3±2,6	134,2±1,2
ДАТ	99,3±2,6	93,6±2,5	96,4±1,9	89,3±2,5
Середньоденний рівень АТ, мм рт. ст.:				
САТ	153,2±3,3	144,7±1,8	148,3±2,6	137,7±1,5
ДАТ	95,4±3,6	91,2±2,1	93,3±2,9	82,4±1,8
Середньонічний рівень АТ, мм рт. ст.:				
САТ	-	-	-	127,8±1,9
ДАТ	-	-	-	81,7±2,1
Добова варіабельність АТ, мм рт.ст.:				
САТ	14,5±3,3	11,9±2,4	13,8±2,6	12,1±2,1
ДАТ	10,4±3,1	9,8±2,8	10,1±2,9	9,6 ± 2,5

Інформативність різних методик у визначенні чутливості до антигіпертензивних препаратів у хворих на АГ, M±m

Показник	До лікування	1-а доба	2-а доба	3-я доба
ДобАТ (середньоденний АТ), мм рт.ст.: САТ ДАТ	-	145,5±2,4 96,2± 2,8	-	-
Офісний АТ, мм рт.ст.: САТ ДАТ	167,3±3,2 101,5±2,8	166,4±2,9 101,1±2,3	158,2±2,6 98,5± 2,9	154,3±2,1 96,4±2,3
ДомАТ – 1-а група (середньоденний АТ), мм рт.ст.: САТ ДАТ	-	148,3±3,3 89,4± 3,1	147,3±3,1 86,2± 3,3	142,5±2,9 84,6± 2,8
ДомАТ – 2-а група (середньоденний АТ), мм рт.ст.: САТ ДАТ	-	154,6±3,5 92,8 ± 3,1	151,5±2,8 91,3±3,4	146,8±3,1 87,5± 2,9

(«диплінг»). Доведено, що у пацієнтів з меншим зниженням нічного АТ частота серцево-судинних подій вища, ніж у хворих з його більш вираженим зниженням [2]. Особливо важливим є те, що ураження органів-мішеней у хворих з АТ тісніше корелює з ДобАТ чи середньоденним рівнем АТ, ніж з його одноразовими вимірюваннями в умовах клініки [1, 2].

Мета дослідження: оцінювання інформативності методів вимірювання офісного, ДомАТ та ДобАТ з метою покращання діагностики та контролю за ефективністю лікування хворих на АГ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження були включені 120 пацієнтів віком 45–59 років з рівнем АТ вище 140/90 мм. рт.ст. Усім пацієнтам проводили вимірювання офісного АТ протягом трьох днів за стандартною методикою, здійснювали моніторування ДомАТ і ДобАТ. Моніторування ДобАТ виконували за допомогою пристрою для вимірювання АТ АВРМ-06 («Медитек», Угорщина). Вимірювання АТ проводили із 15-хвилинними інтервалами протягом дня і кожні 30 хв протягом ночі. Моніторування ДомАТ здійснювали паралельно з моніторуванням ДобАТ протягом 3 діб після призначення антигіпертензивної терапії. Вимірювання АТ пацієнти здійснювали за 2 методиками: 1-а група хворих (60 пацієнтів) моніторувала АТ кожної години протягом дня, а 2-а група (60 пацієнтів) – через кожні 3 год протягом дня за допомогою осцилометричного високошвидкісного автоматичного приладу OMRON M-10 IT з можливістю підключення та оброблення інформації за допомогою ПК.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати дослідження засвідчили, що найнижчими були середньоденні рівні АТ у одного й того самого пацієнта, які були визначені за допомогою ДобАТ, а найвищими – при вимірюванні офісного АТ (табл. 1).

Як видно з табл. 1, середньодобовий рівень АТ, який було визначено при ДобАТ, становив: САТ – 134,2±1,2 мм рт.ст та ДАТ – 89,3±2,5 мм рт.ст. Слід зауважити, що менші середньодобові цифри АТ при цій методиці пояснюються тим, що середньонічні рівні АТ були нижчими, ніж виміряні тільки вдень.

Рівень офісного АТ був найвищий: САТ – 153,2±3,3 мм рт.ст., ДАТ – 95,4±3,6 мм рт.ст., що зумовлено, зокрема, синдромом «білого халату» та іншими факторами.

Результати проведених досліджень свідчать, що цифри АТ, отримані при застосуванні методики моніторування ДомАТ погодинно (1-а група), були нижчими, ніж при моніторуванні АТ з інтервалами 3 год (2-а група).

Окрім середнього рівня АТ аналізували показники варіабельності АТ протягом декількох вимірювань. Найбільшу варіабельність встановлено при вимірюванні офісного АТ: САТ – 14,5±3,3 мм рт.ст. і ДАТ – 10,4±3,1 мм рт.ст. При вимірюванні ДобАТ варіабельність становила: САТ – 12,1±2,1 мм рт.ст. і ДАТ – 9,6±2,5 мм рт.ст.; при домашньому погодинному вимірюванні у пацієнтів 1-ї групи САТ – 11,9±2,4 мм рт.ст. і ДАТ – 9,8±2,8 мм рт.ст., а у пацієнтів 2-ї групи САТ – 13,8±2,6 мм рт.ст. і ДАТ – 10,1±2,9 мм рт.ст. Тобто і середньоденні цифри АТ та варіабельність АТ, які були визначені при погодинному ДомАТ, були найближчими до відповідних показників середньоденного ДобАТ, що свідчить про найбільшу інформативність саме цієї методики моніторування ДомАТ. Варіабельність показників при домашньому моніторуванні достовірно не відрізнялась від такої при амбулаторному моніторуванні та була меншою, ніж при офісному вимірюванні АТ.

Отримані дані свідчать, що методика домашнього моніторування, при якому розраховують середні значення АТ, у групі, яка здійснювала вимірювання погодинно, найбільше наближається до середніх значень АТ при добовому моніторуванні.

Аналіз оцінювання чутливості до антигіпертензивних препаратів свідчив, що недостатньо моніторувати АТ протягом тільки однієї доби, адже не у всіх пацієнтів відзначали зниження АТ у першу добу, у більшості пацієнтів зниження цифр АТ відзначали на 2-у або 3-ю добу. Спостереження свідчать, що для контролю ефективності антигіпертензивної терапії краще користуватись методом ДомАТ, ніж методом офісного вимірювання АТ.

Дані, наведені у табл. 2, демонструють, що середні значення, отримані при моніторуванні ДомАТ, особливо у пацієнтів 1-ї групи, які погодинно вимірювали АТ, точніше визначають рівень АГ у хворого, ніж рівень офісного АТ протягом 3 днів, оскільки застосування домашнього моніторування дозволяє нівелювати вплив на тиск таких стрес-факторів, як тривожне очікування лікаря, реакції на обстеження тощо.

ВИСНОВКИ

1. Методика домашнього моніторування з погодинним вимірюванням артеріального тиску (АТ) більш інформативна, ніж домашнє моніторування кожні 3 год і надає інформацію, яка найбільше наближається до середньоденних показників добового моніторування АТ.

2. При визначенні чутливості до антигіпертензивних препаратів доцільно поряд з вимірюванням рівня офісного АТ здійснювати також і домашнє моніторування АТ.

Информативность различных методик мониторинга уровня артериального давления
Е.Б. Волошина, В.В. Саморукова, С.В. Бусел

В статье проанализированы результаты различных методик измерения артериального давления (АД) в амбулаторно-поликлинических условиях – офисного АД, суточного и домашнего мониторинга АД и сделаны выводы об информативности домашнего мониторинга АД по сравнению с суточным мониторингом АД и измерением офисного АД, а также их значение в определении чувствительности к антигипертензивным препаратам.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, мониторинг артериального давления.

Informativity of various techniques of blood pressure monitoring
O.B. Voloshyna, V.V. Samorukova, S.V. Busel

In the article are analyzed the results of different methods of measuring blood pressure (BP) in outpatient conditions – office BP, diurnal and home monitoring of BP and conclusions are made about the information content of home BP monitoring in comparison with diurnal monitoring BP and office BP measurement, and their importance in determining the sensitivity to antihypertensive drugs.

Key words: arterial hypertension, blood pressure monitoring.

Сведения об авторах

Волошина Елена Борисовна – Одесский национальный медицинский университет, 65009, г. Одесса, ул. Тенистая, 8; тел.: (048) 746-56-71.

Саморукова Виктория Владимировна – Одесский национальный медицинский университет, 65009, г. Одесса, ул. Тенистая, 8

Бусел Светлана Валентиновна – Одесский национальный медицинский университет, 65009, г. Одесса, ул. Тенистая, 8

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Артеріальна гіпертензія. Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах: Рекомендовано: Наказ МОЗ від 24.05.2012, № 384. – 64 с.
 2. Рекомендації ESH/ESC 2013 р. з лікування артеріальної гіпертензії,

Journal of Hypertension 2013, 31(7):1281–1357.

3. Кардіологія для сімейних лікарів: навч. посіб. Є.Х. Заремба, Ю.Г. Кияк, Л.Я. Бабиніна [та ін.]; за ред. Є.Х. Заремби. – К.: Поліграфіст, 2011. – 532 с.

4. Руководство по артериальной гипертензии /под. ред. Е.И. Чазова и проф. И.Е. Чазовой. – Медиа медика, 2005. – 784 с.

5. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування /за ред. проф.

В.М. Коваленка, проф. М.І. Лутая, проф. Ю.М. Сіренка. – К., 2010. – 94 с.

6. Current Concepts: Ambulatory Blood Pressure Monitoring / Pickering T.G., Shimbo D., Haas D. /N Eng J Med. – 2006. – 354. – P. 2368–2374.

Статья поступила в редакцию 23.07.2014

УДК: 616 – 071+616.33 – 002+614.253.1

Оптимізація діагностики хронічного атрофічного гастриту в практиці сімейного лікаря

О.Б. Молодовець

Державний вищий навчальний заклад «Івано-Франківський національний медичний університет»

У статті висвітлено власний досвід виявлення хронічного атрофічного гастриту, який може слугувати підґрунтям для оптимізації стандартизованих протоколів діагностики цього захворювання на етапі первинної медико-санітарної ланки з урахуванням валідності малоінвазивних лабораторних методів, які можуть бути також скринінгом для прогнозування загрозливих ускладнень.

Ключові слова: хронічний атрофічний гастрит, гастропанель, антитіла до парієтальних клітин, швидкий уреазний тест.

За сучасними уявленнями, хронічний гастрит – це хронічний запальний процес слизової оболонки шлунка (СОШ), що характеризується порушенням фізіологічної регенерації, зменшенням кількості залозистих клітин, при прогресуванні – атрофією епітелію з подальшим розвитком кишкової метаплазії і дисплазії, розладом секреторної, моторної та інкреторної функцій шлунка [3, 6, 7]. Діючою класифікацією хронічних гастритів на сьогодні є Сіднейська система класифікації, запропонована у 1990 р., яка була удосконалена і доповнена в Х'юстоні (1996 р.). Виділяють дві форми атрофічного гастриту: мультифокальний та автоімунний [1]. Важливим елементом класифікації є топографія ураження (антральний, фундальний, пангастрит) та наявність метаплазії слизової оболонки (за кишковим типом: повна – тонкокишкова, неповна – товстокишкова та за пілоричним типом) [9].

Helicobacter pylori (Hр)-інфекція може спричинювати дифузний поверхневий активний антральний гастрит із гіперсекрецією або хронічний мультифокальний атрофічний гастрит, при якому страждають залози шлунка і розвивається гіпохлоргідрія. Для того щоб хронічний гастрит набув характер атрофічного, необхідні десятиріччя. За результатами досліджень в 1–3% Hр-позитивних осіб щорічно формується атрофічний гастрит. Уважають, що протягом життя атрофія СОШ проявиться у 50% усіх інфікованих. Виділяють два типи атрофії згідно з рекомендаціями Міжнародної групи по вивченню (2002 р.) [4, 5]. Неметапластичний тип характеризується втратою залоз, супроводжується фіброзом чи фіброромускулярною проліферацією власної пластинки СОШ. При метапластичному типі спостерігається заміщення звичайних залоз метапластичними (кишковими) на фоні інших ознак атрофії. Автоімунний гастрит належить до числа мало вивченої патології травного тракту. Раніше одноставно вважали, що основу цього захворювання визначає запалення тіла і дна шлунка в результаті ураження автоантитілами до парієтальних клітин і розвитком атрофії. Однак сучасні дослідники встановили, що атрофічний фундальний гастрит може поєднуватись з атрофічним антрум-гастритом [8], а тривала персистенція Hр провокує вироблення антитіл, призводить до апоптозу спеціалізованих клітин залоз шлунка [11–13].

Діагностика хронічного атрофічного гастриту (ХАГ) складається з етапів клінічного оцінювання (скарги хворих, резуль-