

3. Медиана кортизола в ГрМС выросла к III триместру беременности и достигла уровня показателей ГрМС ( $Z = -0,97$ ;  $p = 0,331$ ).

4. Выявленные закономерности могут свидетельствовать о нарастании метаболических нарушений в группе женщин с неполным вариантом МС на фоне протекающей беременности и развитии классического варианта МС в отдаленном периоде.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Метаболический синдром у женщин: две грани одной проблемы / В. И. Подзолков [и др.] // Акушерств и гинекология. — 2003. — № 6. — С. 28–33.
2. Шехтман, М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. — М.: Триада-Х, 1999. — С. 815.
3. Harmonizing the metabolic syndrome / K. G. M. M. Alberti [et al.] // Circulation. — 2009. — Vol. 120. — P. 1640–1645.
4. Арбатская, Н. Ю. Сахарный диабет и беременность / Н. Ю. Арбатская // Медицинский вестник, архив. — 2011. — № 25. — 566 с.

УДК 616.12-008.331-073.97

### ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТЕПЕНИ НОЧНОГО СНИЖЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ОТ КАЧЕСТВА СНА

*Корженевская Н. И., Саливончик Д. П., Родина Е. В., Науменко Е. П.*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### *Введение*

Применение суточного мониторирования артериального давления (СМАД) открыло новые перспективы в плане выделения неблагоприятных изменений суточного профиля АД, не только в относительно высоких абсолютных значений, но и касаясь изменчивости степени ночного снижения АД.

Степень ночного снижения артериального давления (СНСАД) — важный диагностический показатель суточной динамики АД [3, 4, 5]. В зависимости от степени ночного изменения АД (суточного индекса, СИ) принято выделять четыре типа двухфазного ритма: диппер при величине СИ 10–20 %, нон-диппер — 0–10 %, найт-пикер < 0, овер-диппер > 20 % [2]. С учетом циркадного типа АД назначается соответствующая хронофармокотерапия артериальной гипертензии. Недостаточное снижение АД в ночные часы и ночное повышение АД являются независимыми факторами риска развития сердечно-сосудистых и цереброваскулярных осложнений. Известно, что при нормальном качестве сна имеет место снижение средней ночной ЧСС по отношению к средней дневной ЧСС более чем на 10 %, что соответствует нормальному циркадному индексу (ЦИ) [1, 5]. Однако объективная оценка хроноритма АД возможна только при наличии и должном качестве ночного сна, при этом, компрессия плеча при измерении АД и звуковой эффект при работе компрессора регистратора СМАД (в ночной период через каждые 40–45 минут) создают условия при которых далеко не все пациенты способны иметь качественный ночной сон.

#### *Цель*

Оценить СИ АД по результатам СМАД с учетом данных о наличии и качестве ночного сна по степени ночного снижения ЧСС и отметкам пациента в дневнике.

#### *Материал и методы исследования*

Ретроспективно были оценены результаты СМАД 475 исследований проведенных в «Республиканском научно-практическом центре радиационной медицины и экологии человека». Из них было выбрано 117 (24,6 %) исследований со степенью ночного сни-

жения АД соответствующим индексам нон-диппер и найт-пикер. Из дальнейшего исследования были исключены пациенты с предполагаемым сниженным ЦИ на фоне сопутствующей патологии: инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения, синдрома слабости синусового узла, хронической сердечной недостаточности III и IV функциональных классов по NYHA, сахарного диабета любого типа. В исследование вошло 44 пациента в возрасте 29–75 лет, из них 23 (52,2 %) мужчины и 21 (44,8 %) женщины.

Всем пациентам проводили СМАД на системе суточного мониторирования АД «Кардиан-МД» с 24-часовой регистрацией АД.

Оценивали показатели: среднюю величину систолического АД (ССАД) днем, среднюю величину диастолического АД (СДАД) днем, ССАД ночью, СДАД ночью, среднюю частоту сердечных сокращений (СЧСС) днем, СЧСС ночью, степень ночного снижения АД (СНС) САД и ДАД, а также степень ночного снижения ЧСС (СНСЧСС).

По результатам исследования создана база данных в системе «Microsoft Excel». Обработка данных проводилась с использованием пакета программ «Statistica» 6.0 (StatSoft, Inc. USA). Распределение наблюдаемых параметров отличалось от нормального, поэтому количественные показатели представляли в виде  $Me (Q_{25}; Q_{75})$ , где  $Me$  — медиана, 25–25-й и 75–75-й процентиль, а также в виде доверительных интервалов [95 % ДИ]. Качественные показатели представлялись в виде абсолютного числа наблюдений и доли (в %) от общего числа пациентов.

Для сравнения показателей суточной динамики АД использовали критерий Мак-Немара. При сравнении результатов статистически значимыми считали различия при критическом уровне значимости  $p < 0,05$ .

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

В исследуемой группе медиана возраста пациентов составила 55 (41; 63) лет.

Результаты суточного мониторирования артериального давления представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Результаты СМАД (мм рт. ст.)

Показатель	ССАД Днем	ССАД Ночью	СДАД днем	СДАД ночью	СЧСС днем	СЧСС ночью
$Me (Q_{25}; Q_{75})$	139 (134; 146)	138 (129; 146)	85 (75; 90)	81 (75; 87)	73 (69; 80)	65 (60; 71)

При анализе данных приведенных в таблице 1, АД превышают нормальный уровень.

Средние значения САД днем выше нормы выявлены у 39 (88,6 %) обследуемых, ДАД — у 35 (79,5 %), ночью САД — у 42 (95,4 %), ДАД — у 28 (63,6 %) пациентов.

Нагрузка высоким САД днем определена у 43 (97,7 %) человек, ДАД — у 40 (90,9 %), ночью — САД у 42 (95,4 %), ДАД у 42 (95,4 %).

Недостаточная СНССАД зарегистрирована у 23 (52,3 %) пациентов, цифры ночного АД превышали цифры дневного АД у 21 (47,7 %) человека.

СНС ЧСС ниже 10 % регистрировалось у 23 (52,2 %) человек, что свидетельствует об отсутствии должного качества ночного сна (подтверждается отметками пациента в дневнике мониторирования АД), 21 (47,7 %) — исследуемый имели 10 % и более.

Для проверки предположения влияет ли наличие ночного сна и его качество на достоверность результата был проведен анализ показателей с учетом ССЧСС.

При анализе показателей СНСАД с учетом СНС ЧСС недостаточная СНССАД ночью зарегистрирована у 12 (27,2 %) пациентов, ДАД — у 14 (31,8 %), цифры ночного САД превышали цифры дневного АД у 12 (27,2 %) исследуемых, ДАД — у 5 (11,3 %), что значимо меньше ( $p < 0,001$ ) в сравнении с использованием только СНСАД без учета динамики ЧСС.

Таким образом, лишь у 21 (47,7 %) пациентов определено истинное нарушение ночного снижения САД, ДАД, соответственно использование СНСЧСС в дополнение к СНСАД дает более достоверный результат.

#### **Заключение**

Полученные данные свидетельствуют, о достоверной диагностической ценности показателей СНСЧСС при анализе СИ АД с учетом отметки пациента в дневнике о наличии и качестве ночного сна. Вместе с тем, результаты исследования позволяют клиницистам правильно проводить хронофармокотерапию артериальной гипертензии и влиять на исходы заболевания.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Гераськина, Л. А. Особенности суточного профиля артериального давления у больных гипертонической энцефалопатией и хронической сердечной недостаточностью / Л. А. Гераськина, В. В. Машин, А. В. Фоякин // Артериальная гипертензия. — 2006. — № 3. — С. 227–321.
2. Пшеницын, А. И. Суточное мониторирование артериального давления / А. И. Пшеницын, Н. А. Мазур. — М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2007. — 216 с.
3. Чазов, Е. И. Руководство по артериальной гипертензии / Е. И. Чазов, И. Е. Чазова. — М.: Медиа Медика, 2005. — 104 с.
4. Вилков, В. Г. Суточное мониторирование артериального давления в диагностике скрытой артериальной гипертензии / В. Г. Вилков. — Н-Новгород Деком, 2006. — 44 с.
5. Кобалава, Ж. Д. Артериальная гипертензия. Ключи к диагностике и лечению / Ж. Д. Кобалава, Ю. В. Котовская, В. С. Моисеев. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 864 с.

**УДК 616.12-008.331.1-005.4-036.82**

### **ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

*Коротаев А. В., Науменко Е. П., Коротаева Л. Е.*

**Государственное учреждение  
«Республиканский научно-практический центр  
радиационной медицины и экологии человека»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Среди наиболее часто выявляемых заболеваний, влияющих на качество жизни пациентов, в настоящее время лидирующие позиции по праву занимают артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС). Для оценки КЖ у пациентов чаще всего применяют вопросник SF-36, который позволяет измерить общее КЖ [1–3], а также Миннесотский опросник качества жизни с сердечной недостаточностью (MLHFQ) [4].

#### **Цель**

Оценить качество жизни пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца.

#### **Материал и методы исследования**

Обследовано 147 пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы, разделенных на 3 группы. В 1-ю группу вошли пациенты с артериальной гипертензией (АГ) —  $n = 27$  (18,4 %) чел., во 2-ю группу были включены пациенты с атеросклеротическим атеросклерозом (АСКС) —  $n = 86$  (58,5 %) чел., 3-ю группу составили лица с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) —  $n = 34$  (23,1 %) чел. Средний возраст обследованных составил  $64,3 \pm 9$  лет, мужчин было 92 (62,6 %) чел., женщин — 55 (37,4 %) чел.

Для определения качества жизни применяли стандартизированные опросники: Миннесотский опросник качества жизни пациентов с сердечной недостаточностью (MLHFQ) и SF-36. Опросник имеет следующие шкалы: физическое функционирование (PF), ролевое (физическое) функционирование (RP), боль (BP), общее здоровье (GH), жизнеспособность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное функционирование