

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.

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Государственное 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 значениях, 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 хронофармотерапия 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 (Q25; Q75), 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