

Диклоберл® diclofenac sodium

**ДИКЛОФЕНАК
№1 В УКРАЇНІ**
ЗА ПРИЗНАЧЕННЯМИ ЛІКАРІВ¹



Диклоберл® N 75

Розчин для ін'єкцій, 75 мг/3мл
диклофенаку натрію

1 ампула по 3 мл містить
диклофенаку натрію 75 мг.

Допоміжні речовини: пропіленгліколь, спирт бензиловий,
ацетилцистеїн, маніт (Е 421), натрію гідроксид, вода для ін'єкцій.

Дотримуватись вказівок, викладених в інструкції
для медичного застосування.

Зберігати при температурі не вище 30 °С!
Для захисту від дії світла ампули зберігати
в оригінальній упаковці.

Лікарський засіб зберігати
в недоступному для дітей місці.

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

УІЕНУІІІ
ВЕРІІІ-СНЕМІЕ

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів
в галузі охорони здоров'я.

Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу Диклоберл N75.

Склад: Ампули: 1 мл розчину для ін'єкцій містить 25 мг диклофенаку натрію (1 ампула містить 3
мл розчину для ін'єкцій, що дорівнює 75 мг диклофенаку натрію). Фармакотерапевтична група.
Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби. Код АТХ M01A B05.

Показання. Диклоберл® N75

Препарат при внутрішньом'язовому введенні призначений для лікування: запальних та дегенера-
тивних форм ревматизму, ревматоїдного артриту, анкілозуючого спонділіту, остеоартриту, спон-
дилоартриту, вертебрального болювого синдрому, несуплового ревматизму; гострих нападів
подагри; ниркової та білірної колік; болю та набряку після травми і операції; тяжких нападів мігрені.

Протипоказання. Кровотеча або перфорація шлунково-кишкового тракту в анамнезі, пов'язана з
плімерним лікуванням нестероїдними протизапальними засобами (НПЗЗ). Активна форма вираз-
кової хвороби/кровоотечі або рецидивуюча виразкова хвороба/кровоотеча в анамнезі (два або біль-
ше окремих епізодів діагностованої виразки або кровоотечі). Гіперчутливість до діючої речовини або
до будь-якого іншого компонента препарату. Високий ризик розвитку післяопераційних кровотеч,
незгортання крові, порушення гемостазу, гемопоетичних порушень чи цереброваскулярних кровотеч.
Печінкова недостатність. Ниркова недостатність. Застійна серцева недостатність (NYHA II-IV).

Шемічна хвороба серця у пацієнтів, які мають стенокардію, перенесений інфаркт міокарда та інше.
Спосіб застосування та дози.

Диклоберл® N 75. Небажані ефекти можна мінімізувати шляхом застосування мінімальної
ефективної дози протягом найменшого можливого терміну, достатнього для контролю симптомів.
Дорослі. Лікування Диклоберлом® N75 слід здійснювати у вигляді однократної ін'єкції. У разі необ-
хідності лікування можна продовжити, застосовуючи лікарські форми для перорального або рек-
тального введення. Загальна доза не повинна перевищувати 150 мг, навіть у день ін'єкції. Діти.
Диклоберл® N75 у лікарській формі розчину для ін'єкцій протипоказаний для застосування дітям.

Побічні реакції. Біль у грудях, набряки, інфаркт міокарда, інсульт, порушення кровотоку
(анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, панцитопенія, агранулоцитоз), головний біль, сонливість,
розлад сну та дитоплі, дзвін у вухах, нудота, блювання, діарея, також незвичні шлунково-кишкові
кровоотечі, диспепсія, метеоризм, виразки шлунка або кишечника з кровотечею або без неї, гастрит,
стоматит, запор, панкреатит, екзантема, екзема, еритема, реакції гіперчутливості, такі як шкірний
висип та свербіж, алергічний васкуліт, астма, підвищення рівня трансаміназ у крові, психотичні
реакції, депресія, тривожність, нічні кошмари, безсоння та інше.

За повною детальною інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування лікар-
ського засобу, затвердженою наказом МОЗ (Диклоберл® N75 №657 від 07.04.2023). Перед призначен-
ням обов'язково уважно прочитайте повну інструкцію для медичного застосування лікарського

засобу, а саме повний перелік побічних ефектів, особливостей застосування, спосіб застосування та
دوزи.

Виробник. Диклоберл® N75: А.Менаріні Мануфактурінг Логістікс енд Сервісес С.р.Л. Віа Сете Санти 3,
50131 Флоренція (ФІ), Італія. РІ №UА/9701/01/01.

Для особистого використання для професійної діяльності медичних та фармацевтичних праців-
ників. Матеріал для ознайомлення спеціалістів у галузі охорони здоров'я під час проведення кон-
ференцій, семінарів.

За додатковою інформацією про лікарський засіб звертайтеся за адресою:

Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ» в Україні, 02098, м. Київ, вул. Березняківсь-
ка, 29, тел.: (044)494-33-88.

1. За результатами призначення серед лікарів лікарських засобів в АТС-групі M01A B05 «Диклофе-
нак» за період квартал 1 2022 – І квартал 2023 рр., за даними аналітичної системи дослідження
ринку «PharmXpert» / «Фармстандарт» компанії «Pharma Research». 2. Інструкції для медичного за-
стосування препарату (Диклоберл® N75 №1562 від 08.07.2020).

* Фармакологічні властивості. Після введення 75 мг диклофенаку шляхом внутрішньом'язової
ін'єкції
UA-DK-02-2024-VI-Print. Затверджено 07/02/2024

**АМПУЛИ СИСТЕМИ ОРС (ONE-POINT
SUT) – НАДПИЛЮВАННЯ АМПУЛИ НЕ
ПОТРІБНЕ!²**

**В СЕРЕДНЬОМУ МАКСИМАЛЬНА
КОНЦЕНТРАЦІЯ У ПЛАЗМІ ЧЕРЕЗ
20 ХВИЛИН ПІСЛЯ ІН'ЄКЦІЇ^{2*}**



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Причини кістково-м'язового болю за грудиною у дорослих

За матеріалами курсу «Академія сімейного лікаря. Біль у грудній клітці. Алгоритм дій сімейного лікаря та скерування до профільного фахівця» (19-20 березня 2024 р.)



Є.Д. Єгудіна

За початкового діагностичного оцінювання болю в грудній клітці зазвичай на особливу увагу заслуговує потенційно небезпечна для життя серцева та легенева патологія. Втім, найпоширенішою причиною виникнення болю в грудній клітці, зокрема дискомфорту, який часто пацієнти описують як нетиповий або некардіальний біль у грудях, є безпосереднє ураження кістково-м'язових структур грудної клітки, тобто захворювання опорно-рухового апарату, частота якого становить 36% (Kinleman et al., 1994). Адекватне та ефективне лікування болю в пацієнтів із цим захворюванням потребує своєчасного та якісного встановлення діагнозу (Habib et al., 2004; Freeston et al., 2004; Eslick, 2008; Stochkendahl and Christensen, 2010). Пропонуємо до вашої уваги огляд доповіді д.мед.н., професорки, керівниці навчального центру Інституту ревматології (м. Київ), лікарки-ревматологині Єгудіної Єлисавети Давидівни «Причини кістково-м'язового болю за грудиною у дорослих», присвяченої етіології болю в ділянці грудної клітки та окремим аспектам щодо його лікування.

Біль у грудній клітці – досить типове явище в клінічній практиці, проте він не завжди є відображенням справжньої локалізації захворювання, адже може спостерігатися навіть у пацієнтів із серцевою патологією. Частота випадків встановлення точної причини болю у грудній клітці нерідко залежить від закладу, до якого звертається пацієнт по допомогу. Близько чверті осіб із болем за грудиною потрапляють до закладів невідкладної допомоги та понад третини – до амбулаторних клінік.

У ретроспективному дослідженні понад 1300 випадків госпіталізації до відділення невідкладної допомоги з приводу некардіального болю в грудній клітці 45% пацієнтів мали патологію опорно-рухового апарату (Wertli et al., 2019).

В іншому дослідженні серед 122 пацієнтів відділення невідкладної допомоги з болем у грудях, у 30% випадків було діагностовано костохондрит (синдром Тітце) (Disla et al., 1994). Двоє із цих пацієнтів мали гострий інфаркт міокарда (ІМ), що вказує на те, що біль у грудній клітці не виключає наявності гострого коронарного синдрому (ГКС).

Поширеність скелетно-м'язового болю в грудній клітці в пацієнтів закладів первинної медичної допомоги зазвичай вища і становить 33-47% (Verdon et al., 2008; Bösner et al., 2010; Hoogweg et al., 2017). Є випадки скерування пацієнтів із болем

за грудиною для виконання коронарографії, результати якої були негативними, що підтверджує кістково-м'язову природу останнього (Brunse et al., 2010).

Види болю в грудній клітці

Скелетно-м'язовий біль у грудній клітці залежно від причини виникнення має відповідає трьом таким критеріям:

1. Ізольовані скелетно-м'язові синдроми (синдром грудної стінки, зокрема костохондрит чи біль нижнього ребра).
2. Причини, пов'язані з ревматичними захворюваннями (фіброміалгія, ревматоїдний артрит, спондилоартрит та ін.).
3. Неревматичні захворювання (переломи внаслідок зменшення мінеральної щільності кісткової тканини або неоплазії).

Ізольовані скелетно-м'язові синдроми

Серед ізольованих скелетно-м'язових синдромів найчастіше виникають:

- Реберно-стернальний (костохондрит) (Wolf and Stern, 1976; Fam and Smythe, 1985).
- Біль у ділянці нижнього ребра (Scott and Scott, 1993) (таб.).

Ревматичні захворювання, пов'язані з болем у грудній клітці

Фіброміалгія

За фіброміалгії поширений м'язово-скелетний біль, який посилюється під час пальпації м'язових тканин у кількох

анатомічних ділянках тіла, зокрема грудної стінки. Крім того, він може супроводжуватися ознаками загальної втоми, порушення сну, когнітивної дисфункції, а також депресії (Almansa et al., 2010).

Для встановлення діагнозу фібраміалгії симптоми мають відповідати трьом основним діагностичним критеріям:

1. Індекс поширеності болю (WPI) ≥ 7 , показник за шкалою тяжкості симптомів (SS) ≥ 5 або WPI 3-6 і показник за шкалою SS ≥ 9 балів.
2. Тривалість больових відчуттів з однаковою інтенсивністю щонайменше три місяці.
3. Немає інших розладів, які б могли пояснити наявний біль (ACR, 2016).

Ревматоїдний артрит

Зазвичай дифузний біль у грудній клітці, як за косто-хондрального або реберно-стернального синдрому, не є частою ознакою ревматоїдного артриту. Хоча у 19% пацієнтів зі встановленим генералізованим ревматоїдним артритом може спостерігатися симптоматичне ураження грудинно-ключичного суглоба, при цьому рентгенологічні або ультразвукові зміни наявні лише у 30% випадків (Rodríguez-Henríquez et al., 2013). Установити точний діагноз зазвичай нескладно, за винятком рідкісних клінічних випадків, коли початковими симптомами захворювання є ураження грудинно-ключичного суглоба.

Анкілозивний спондиліт

Біль у грудному відділі хребта поширюється на зону грудної клітки, що є наслідком запального захворювання реберно-хребетного, реберно-поперекового та грудного апофізарного суглобів, характерного для анкілозивного спондиліту та пов'язаних із ним патологічних станів. Симптоми в ділянці передньої стінки грудної клітки виникають у 5-25% пацієнтів з анкілозивним спондилітом (Jurik et al., 1992).

Синдром Сафо

Досить рідкісна патологія, для якої характерна наявність синовіту, акне, пустульозу, гіперостозу та остейту. Найчастіше вражається ділянка передньої грудної стінки, особливо в пацієнтів із долонно-підшовним пустульозом.

Під час комп'ютерної томографії (КТ) у такого пацієнта візуалізуються ерозивні зміни в ділянці грудини, ключиці, а за магнітно-резонансної томографії (МРТ) – остейт та значні ерозивні зміни (Cianci et al., 2017).

Системний червоний вовчак

Біль у грудній клітці в пацієнтів із системним червоним вовчаком (СЧВ), що виникає в скелетних м'язах або суглобах грудної клітки, як правило, пов'язаний із плевритом і може посилюватися під час дихання.

Інфекційний артрит грудної клітки

Інфекція ребер і суглобів не є частою причиною болю в грудній клітці. Переважно інфекційні ураження грудинно-ключичного суглоба пов'язані з цукровим діабетом, ревматоїдним артритом (РА), зловживанням ін'єкційними наркотичними засобами (Ross and Shamsuddin, 2004; Murga et al., 2017).

Рецидивний поліхондрит

Це рідкісна патологія, для якої характерне запалення хрящів вух, носа, дихальних шляхів. За рецидивного поліхондриту рідко може виникати неерозивний синовіт, запалення очей і дисфункція внутрішнього вуха. У чверті таких пацієнтів відбувається запалення реберно-хрящового та рукоятково-грудинного суглобів (Chopra and Chaudhary, 2013).

Неревматичні системні причини болю в грудній стінці

Декілька системних розладів, пов'язаних із метаболічними та мінеральними змінами в скелеті, як-от остеопороз, неоплазія, інфаркти кісток, пов'язані із серпоподібно-клітинною анемією, а також можуть бути причиною виникнення болю в грудній клітці.

Таблиця. Основні характеристики ізольованих скелетно-м'язових синдромів

Патологічний стан	Клінічні ознаки
Розтягнення м'язів	Особливо характерне для міжреберних м'язів. Наявні болісні відчуття ураженого м'яза, які посилюються під час розтягування, наприклад за глибокого вдиху або зміни положення тіла
Реберно-грудинні синдроми (костохондрити)	Біль у кількох ділянках, як правило, у зоні верхніх реберних хрящів у реберно-хрящових або реберно-грудинних з'єднаннях; без набряклості та гіперемії шкіри. Діагноз ґрунтується виключно на больових ознаках за пальпації чутливих ділянок
Грудинний синдром	Локалізовані больові відчуття над тілом грудини або грудинними м'язами; за пальпації часто наявна двобічна іррадіація болю
Ксифоїдалгія (запалення мечоподібного відростка)	Локалізований дискомфорт над грудиною в зоні мечоподібного відростка. Симптоми часто посилюються під час вживання твердої їжі, нахилів чи поворотів тіла, підняття важких предметів, кашлю, що свідчить про травматичну природу в деяких пацієнтів (Lipkin et al., 1955)
Больовий синдром у ділянці нижніх ребер	Біль у нижній частині грудної клітки або верхній частині живота, спричинений нестабільним прикріпленням хряща ребра. На реберному краї наявна чутлива точка, при натисканні на яку виникають больові відчуття. Характерний здебільшого для жінок середнього віку, молодих спортсменок
Синдром задньої стінки грудної клітки	Може бути спричинений грижею диска грудного відділу хребта; призводить до оперізуючого болю в грудях, який може мати однобічне дерматомне поширення. Також причиною синдрому може бути дисфункція реберно-хребетних суглобів, що призводить до болісних відчуттів над ураженою ділянкою, які посилюються під час кашлю або глибокого вдиху
Остеоартрит грудинно-ключичного суглоба	Локалізується інтенсивний вогнищевий біль у ділянці грудинно-ключичного суглоба
Спонтанний грудинно-ключичний підвих	Часто виникає на домінуючому боці грудної клітки (праворуч за праворукості, ліворуч за ліворукості); асоційований із повторюваними діями середньої та високої інтенсивності; притаманний переважно жінкам середнього віку (van Holsbeeck et al., 1992)
Синдром Тітце (костохондрит)	Болісний локалізований набряк негнійної природи в ділянці реберно-грудинних, грудинно-ключичних або реберно-хрящових суглобів; найчастіше уражений один суглоб у зоні другого або третього ребра; трапляється рідко, переважно в дорослих осіб молодого віку (Aeschlimann and Kahn, 1990)

Низькоенергетичні переломи

Такі переломи виникають, коли механічна міцність кістки знижується до такого рівня, що навантаження, яке не призведе до зламу здорової, ламає слабку уражену кістку. Найчастіше вони характерні для пацієнтів із болем у грудях і чинниками ризику остеопорозу або остеомаліції (ревматоїдний артрит, тривала терапія глюкокортикоїдами, хронічна хвороба нирок і дефіцит вітаміну Д, особливо в осіб похилого віку) (Fam et al., 1983).

Стрес-переломи

Виникають такі переломи за багаторазового навантаження на здорову, добре мінералізовану кістку внаслідок тривалих, інтенсивних, систематичних, повторюваних фізичних навантажень, як-от веслування або метання спортивного снаряду (Gregory et al., 2002).

Новоутворення

Первинні та вторинні новоутворення рідко поширюються на ділянку грудної стінки. До первинних неоплазій належать різні саркоми, як кісток, так і м'яких тканин, мієломна хвороба, до вторинних – карцинома легень або молочної залози (може вражати грудну стінку через пряме поширення або метастазування), інші новоутворення можуть поширюватися гематогенним шляхом (Fortier et al., 1994).

Серпоподібноклітинна анемія

Це спадкова гемоглобінопатія, що може спричинити гострий грудний синдром, пов'язаний з інфарктом легень, який описують як ознаку серпоподібноклітинної кризи (Rucknagel et al., 1991).

Лікування

Як зазначила пані Єгудіна, сьогодні бракує чітких алгоритмів лікування пацієнтів зі скелетно-м'язовим болем. Зокрема, загальні заходи можуть бути корисними для пацієнтів з ізольованим скелетно-м'язовим болем у грудях.

Важливим аспектом також є навчання пацієнтів щодо обмеження чи модифікації фізичної рухової активності за скелетно-м'язового болю, місцевого застосування тепла та/або холоду на ураженій ділянці. На додаток до загальних немедикаментозних заходів початкове лікування передбачає застосування нестероїдних протизапальних препаратів. Однак при цьому виникає потреба у виборі саме ефективного та безпечного лікарського засобу.

У метааналізі A. van Walsem et al. (2015), який об'єднав дані майже 150 тис. пацієнтів, порівнювали ефективність застосування парацетамолу, диклофенаку, напроксену та ібупрофену. Серед усіх оцінюваних препаратів найкращий знеболювальний потенціал у пацієнтів з остеоартритом та ревматоїдним артритом продемонстрував диклофенак. Порівняно з іншими представниками він виявився дієвішим щодо зменшення болю за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ). Крім того, диклофенак мав однаковий профіль безпеки з еторикоксибом і кращий, порівнюючи з напроксеном та ібупрофеном щодо розвитку фатального і нефатального інфаркту міокарда, інсульту та інших серцево-судинних подій.

Диклофенак також виявився безпечнішим, ніж напроксен, щодо розвитку інсульту, фатального і нефатального інфаркту міокарда, тромбозу периферичних артерій та вен, ТЕЛА, СС смертності. Щодо розвитку шлунково-кишкових ускладнень диклофенак також мав кращий профіль безпеки за напроксен і ібупрофен.

Ризик шлунково-кишкових кровотеч, як зауважила доповідачка, залежить від періоду напіввиведення знеболювального препарату. Для лікарських засобів із періодом напіввиведення до 12 год ризик розвитку ШК кровотеч удвічі нижчий порівняно з препаратами з періодом напіввиведення понад 12 год (Lanas, 2016). Тому лікарські засоби з коротким періодом напіввиведення, до яких належить і диклофенак (період

напіввиведення 1-2 год), вважаються безпечнішими для ШКТ.

Порівнюючи ефективність застосування диклофенаку з мелоксикамом у пацієнтів із загостренням остеоартриту кульшового та колінного суглобів, було встановлено, що у групі приймання диклофенаку кількість пацієнтів, які припинили лікування через уявну недостатню ефективність препарату, була значно меншою (10,5%) проти групи використання мелоксикаму (28,6%) (Chichasova, 2000).

Так, за даними дослідження A. Chopra et al. (2004), ефективніше зменшення болю за ВАШ фіксували в групі застосування диклофенаку (різниця між середніми показниками становила 8,3 мм), проте і диклофенак, і мелоксикам були однаково ефективні для поліпшення фізичної функції за WOMAC.

Застосування диклофенаку є досить ефективним і безпечним варіантом лікування пацієнтів із больовим синдромом. Серед високоякісних препаратів диклофенаку, що здобули довіру європейських та українських лікарів, на особливу увагу заслуговує диклофенак натрію компанії Berlin-Chemie (Німеччина), який представлений на фармринку України в різних лікарських формах і дозуваннях під торговельною маркою **Диклоберл®**. Ретардна форма диклофенаку натрію (капсули **Диклоберл®Ретард**) має пролонгуючу дію, що робить можливим приймати препарат раз на добу в дозуванні 100 мг. Завдяки раціонально підбраному складу допоміжних речовин оболонки – еудрагід (амонійно-метакрилатний сополімер) – всмоктування препарату відбувається в тонкій кишці, а сополімер виводиться хімічно інертним природним способом у неметаболізованому вигляді, мінімізуючи в такий спосіб негативний вплив на слизову оболонку шлунку та організм людини загалом. За гострого інтенсивного болю та в разі потреби у швидкому знеболенні слід застосовувати **Диклоберл®** в ампулах 75 мг двічі на добу впродовж 2-3 діб.

У проспективному рандомізованому дослідженні вивчали ефективність

застосування в післяопераційний період диклофенаку (75 мг) внутрішньом'язово що 8 год або парацетамолу (1 г) внутрішньовенно що 8 год протягом доби. Зокрема, у групі осіб, які отримували диклофенак, виявлено значно нижчу потребу в додатковому екстремому знеболювальному засобі (трамадол) упродовж доби після оперативного втручання порівняно з групою використання парацетамолу (p=0,016) (Shah et al., 2016).

Ці дані підтверджують ефективну знеболювальну здатність диклофенаку (Диклоберл).

Висновки

Підсумовуючи, Єлизавета Давидівна акцентувала на тому, що патологія опорно-рухового апарату – це доволі поширена причина болю в грудях у дорослих, які звертаються до відділень невідкладної допомоги та амбулаторних закладів. М'язово-скелетний біль у грудній клітці може виникати внаслідок ізольованого запалення, травми, ревматичних захворювань або неревматичних системних причин. За неспецифічного болю в грудній клітці насамперед необхідно виключити загрозливі для життя стани, як-от ішемічна хвороба серця та тромбоемболія легеневої артерії.

Фіброміалгія є найпоширенішим ревматичним розладом, що супроводжується болем у грудній клітці. Запалення суглобів грудної клітки може виникати за ревматоїдного, псоріатичного артритів та анкілозівного спондилоартриту. Серед рідкісних ревматичних розладів, що також можуть призводити до скелетно-м'язового болю в грудній клітці, (як-от синдром Сафо), системний червоний вовчак, септичний артрит і рецидивний поліхондрит.

Нестероїдні протизапальні препарати є ефективним засобом знеболення в пацієнтів із болем у грудній клітці скелетно-м'язового походження.

Підготувала **Людмила Суржко**

**Інформація****Дайджест****Артеріальна гіпертензія – «тихий вбивця»**

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), 1,28 млрд дорослих людей віком 30-79 років у всьому світі мають артеріальну гіпертензію (АГ). Приблизно 46% дорослих з АГ навіть не знають про це. Менш ніж у половини дорослих (42%) цей стан діагностовано і вони отримують відповідне лікування. Сьогодні АГ є основною причиною передчасної смерті у світі. Тому її і називають «тихим вбивцею». Чим довше цей стан лишається не діагностованим і людина не отримує необхідного лікування, тим вищий ризик ураження життєво важливих органів та розвитку інфаркту міокарда, інсульту, серцевої недостатності, ниркової недостатності, сексуальної дисфункції, проблем із зором аж до сліпоті. Єдиний спосіб визначити підвищення артеріального тиску (АТ) – вимірювати його.

Що ж таке артеріальний тиск?

АТ вимірюють на ділянках артерій – головних судин тіла людини – і визначають силу тиску крові на їхні стінки. Під час вимірювання АТ необхідно визначити два важливі значення:

- верхнє – тиск на артерії під час серцевих скорочень (систоличний);
- нижнє – тиск на артерії, коли серцевий м'яз розслабляється між ударами (діастолічний).

Який АТ відповідає нормі:

- < 120/< 80 – оптимальний;
- 120-129/80-84 мм рт. ст. – нормальний;
- 130-139/85-89 мм рт. ст. – високий нормальний;
- 140-159/90-99 мм рт. ст. – АГ 1-го ступеня.

Якщо ваш АТ перевищує 140/90 мм рт. ст., прислухайтеся до порад лікаря і дотримуйтеся його призначень.

Як контролювати артеріальний тиск?

Якщо ви маєте підвищений АТ, розпочніть із внесення змін до свого способу життя, зокрема обмежте кількість солі в раціоні, контролюйте масу тіла, займайтеся фізич-

ними вправами, відмовтеся від куріння та алкоголю. Якщо у вас цукровий діабет або інші хвороби та чинники ризику серцево-судинних подій, лікар призначить вам медикаментозну терапію. Регулярне приймання ліків допоможе нормалізувати АТ і поліпшити стан здоров'я.

Як вимірювати артеріальний тиск у домашніх умовах?

Обов'язково придбайте тонометр, він стане вашим незамінним помічником. Обирайте напівавтоматичні та автоматичні моделі та дотримуйтеся правил вимірювання артеріального тиску:

- Сядьте зручно на стілець. Ваша спина має спиратись на його спинку.
- Одягніть манжету на оголене плече на рівні серця. Манжета має щільно прилягати до плеча, але не надто туго.
- Нижня частина манжети має бути на 1-2 см вище за ліктьовий згин.
- Лікоть і передпліччя лежать на столі.
- Ступні поставте на підлогу, не схрещуйте їх.

Принаймні за 30 хвилин до вимірювання не куріть, не вживайте каву. Вимірюйте АТ у спокійному стані. Під час цього не рухайтеся і не розмовляйте.

Виконуйте вимірювання двічі на день – зранку й ввечері. І обов'язково ведіть щоденник вимірювань. Оскільки регулярний запис показників АТ допоможе вашому лікарю оцінити ефективність лікування та за потреби скоригувати його.

Крім того, показники АТ в домашніх умовах допомагають виявити «гіпертензію білого халата», коли при вимірюванні тиску в кабінеті лікаря, він вищий, ніж у домашніх умовах, та «масковану гіпертензію» – протилежну ситуацію, на якій припадає 23 і 16% випадків відповідно недостовірного діагнозу.

Регулярне вимірювання АТ, дотримання призначень лікаря та корекція способу життя допоможуть врятувати від небезпечних наслідків нелікованої гіпертензії. Найкращою протидією цьому «тихому вбивці» буде регулярне вимірювання кров'яного тиску та, за потреби, медикаментозне лікування, призначене лікарем.