Самоконтроль АД имеет ряд преимуществ; например, что наиболее важно, повышает приверженность пациента к лечению. Во-вторых, больной не подвергает сомнению полученные данные, т.к. измерение проводится **самим пациентом**. В-третьих, что особенно важно, позволяет получить сведения об уровне АД в обычных для пациента условиях, а также оценить
значения АД
за большой промежуток времени (дни, недели), исключить гипертонию «белого халата», заподозрить изолированную амбулаторную гипертонию. Но существуют причины, по которым самостоятельный контроль уровня АД не является достоверным.

Примером этому могут служить:
феномен «аускультативного провала» (наблюдается при мерцательной аритмии, когда после первого систолического удара наступает пауза
немного большая по продолжительности по сравнению с последующими);
слишком быстрое выпускание воздуха из манжеты;
определение уровня АД несколько раз подряд, без необходимой паузы между исследованиями;
особенности строения руки пациента («коническая» рука) или слишком полная рука (у больных с ожирением или с развитой мускулатурой);
феномен «псевдогипертонии» (наблюдается у пожилых больных с утолщенной сосудистой стенкой, когда для сдавления такой артерии требуется давление выше внутриартериального, что приводит к заведомо ложно завышенным цифрам АД);
феномен «**бесконечного тона**» (можно выявить у пациентов с высоким сердечным выбросом, например, в детском возрасте, у беременных женщин, при тиреотоксикозе,
аортальной недостаточности
, лихорадке и других состояниях; в данных ситуациях, определить уровень ДАД возможно только ориентируясь на приглушение ударов, то есть по IV тону Короткова).
Необходимо подчеркнуть, что при наличии у больного мерцательной аритмии, как уже приводилось выше, наблюдается феномен «аускультативного провала», что значительно затрудняет диагностику точного уровня АД при самоконтроле механическими тонометрами и большинством электронных аппаратов.

Прочитать еще:

1) Патогенез амилоидоза

2) Билирубин

3) Фиброзные изменения