

инфекции является снижение памяти 57,1 %, в особенности аудиальной и обонятельной.

Так же наиболее распространенными изменениями являются снижение концентрации внимания 55,2 % и быстрая утомляемость после умственной работы 52,4 %.

Изменения в эмоционально-когнитивной сфере после полного выздоровления возникали у большинства опрошенных 64,8 % спустя 1–6 месяцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Захаров, Д. В. Постковидные когнитивные расстройства. Современный взгляд на проблему, патогенез и терапию / Д. В. Захаров, Ю. В. Буряк // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 2021. № 55.4. С. 97–105. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-4-97-105>.

2. Гаптарь, М. И. Влияние коронавирусной инфекции COVID-19 на когнитивные функции и физическую работоспособность студентов / М. И. Гаптарь, С. В. Губкин // Докл. Нац. акад. наук Беларуси. 2021. Т. 65, № 3. С. 337–344. <https://doi.org/10.29235/1561-8323-2021-65-3-337-344>.

3. Астенические и когнитивные нарушения у пациентов, перенесших COVID-19 / П. П. Камчатнов [и др.] // РМЖ. Медицинское обозрение. 2021. № 5(*). С. 1–7. DOI: 10.32364/2587-6821-2021-5-*-1-7.

УДК 616.2-073.97:616.8-098

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ранкович А. Л., Артемчик К. С.

**Научные руководители: к.м.н., доцент О. А. Кононова;
старший преподаватель О. А. Ярмоленко**

**Учреждение образования
Гомельский государственный медицинский университет
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Одним из наиболее информативных способов оценки уровня АД у беременных является суточное мониторирование артериального давления (СМАД) [1]. Показатели СМАД обладают большой предикторной значимостью при анализе вероятности развития протеинурии, преждевременных родов, прогнозирования индекса массы тела новорожденного и, в целом, исходов беременности, а также важны для определения тактики выбора лекарственного средства для коррекции гипертензии [2].

Цель

Анализ показателей СМАД у женщин метаболическим синдромом (МС) в период беременности и через 1 год после родов.

Материал и методы исследования

Проведено обследование 143 беременных в возрасте от 19 до 43 лет (медиана — 31 (26; 35) год). Женщины были разделены на 3 группы. Основная группа — женщины с установленным МС (ГрМС) (n = 55), группа риска (ГрРМС) (n = 57) женщины с 1–2 компонентами МС, контрольная группа (ГрК) (n = 31) — практически здоровые женщины. После формирования выборки в сроки 6–12, 29–34 недель и спустя год после родов проводилось антропометрическое и клинико-лабораторное обследование, включавшее оценку показателей липидного спектра, гормонального фона, углеводного обмена, СМАД. СМАД проводили с использованием системы Phillips с 24-часовой записью по общепринятой методике.

Пороговый уровень АД для диагностики АГ при различных способах его измерения представлены в таблице 1. Данные обработаны с использованием пакета «StatSoft Statistica 6.0».

Таблица 1 — Пороговый уровень АД для диагностики АГ при различных способах его измерения

Способы измерения	САД, мм рт. ст.	ДАД, мм рт. ст.
Клиническое измерение	140	90
Среднесуточное (СМАД)	125–130	80
Среднедневное (СМАД)	130–135	85
Средноночное (СМАД)	120	70
Домашнее измерение	130–135	85

Результаты исследования и их обсуждение

Проведена оценка количества пациенток, у которых выявлено превышение максимального значения указанных величин отдельно по САД и ДАД. Данные анализа представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Частота встречаемости превышения пороговых значений АД в I триместре

Показатель	ГрМС (n = 55)	ГрРМС (n = 57)	ГрК (n = 31)	Значимость различий, p		
				1 vs. 2	1 vs. 3	2 vs. 3
Суточное САД >130 мм рт. ст.	21 (38,2 %)	4 (7,0 %)	0	<0,001	—	—
Дневное САД >135 мм рт. ст.	17 (30,9 %)	5 (8,8 %)	0	<0,001	—	—
Ночное САД >120 мм рт. ст.	20 (36,4 %)	7 (12,3 %)	0	<0,05	—	—
Суточное ДАД >80 мм рт. ст.	12 (21,8 %)	6 (10,5 %)	0	0,104	—	—
Дневное ДАД >85 мм рт. ст.	14 (25,5 %)	8 (14,0 %)	0	0,127	—	—
Ночное ДАД >70 мм рт. ст.	23 (41,8 %)	12 (21,1 %)	2 (6,5 %)	<0,05	<0,05	0,058
Суточное САД >130 мм рт. ст. и суточное ДАД >80 мм рт. ст.	12 (21,8 %)	3 (5,3 %)	0	<0,001	—	—

В ГрМС выявлено наибольшее количество пациенток с превышением пороговых значений АД, чаще (41,8 %) регистрировались пациентки с превышением порога ночного ДАД и суточного САД (38,2 %). В ГрРМС чаще выявлялись женщины с повышенным ночным ДАД (21,8 %) и ночным САД (12,3 %). Выявлено, что каждая пятая пациентка (21,8 %) в ГрМС имела признаки АГ с превышением порогового значения > 130/80 мм рт. ст.

Дальнейшее сравнение проводилось с использованием t-критерия Стьюдента. Средние значения основных показателей СМАД представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Сравнительная характеристика показателей СМАД в I триместре (M ± o)

Показатель	ГрМС (n = 55)	ГрРМС (n = 57)	ГрК (n = 31)	Значимость различий: t; p		
				1 vs. 2	1 vs. 3	2 vs. 3
Среднесут. САД, мм рт. ст.	126,9 ± 11,1	115,4 ± 9,7	111,9 ± 7,3	5,8; <0,05	6,3; <0,05	1,7; =0,102
САД дневное, мм рт. ст.	128,3 ± 11,3	117,2 ± 10,9	112,6 ± 6,7	5,2; <0,05	6,5; <0,05	2,3; <0,05
САД ночное, мм рт. ст.	117,0 ± 12,0	108,2 ± 10,1	102,8 ± 6,9	4,2; <0,05	6,0; <0,05	2,6; <0,05
Среднесут. ДАД, мм рт. ст.	75,3 ± 8,0	70,0 ± 7,4	70,0 ± 7,4	3,6; <0,05	5,3; <0,05	2,2; <0,05
ДАД дневное, мм рт. ст.	77,9 ± 8,1	72,8 ± 8,7	66,7 ± 5,6	3,2; <0,05	6,5; <0,05	3,3; <0,05
ДАД ночное, мм рт. ст.	67,4 ± 8,5	62,8 ± 8,3	61,3 ± 7,3	2,9; <0,05	3,4; <0,05	0,9; =0,375

Среднесуточные значения САД и ДАД, а также ночные и дневные показатели, в ГрМС значимо превышали соответствующие значения не только в ГрК, но и в ГрРМС. Наибольшая разница в средних цифрах была зарегистрирована между ГрМС и ГрК по дневному САД и составила 15,7 [95 % ДИ 10,9–20,4] мм рт. ст. Между ГрРМС и ГрК были выявлены значимые различия, за исключением сред-

несуточного САД и ночного ДАД. Сравнительная характеристика III триместра представлена в таблице 4.

Таблица 4 — Сравнительная характеристика показателей СМАД в III триместре ($M \pm \sigma$)

Показатель	ГрМС (n = 55)	ГрРМС (n = 57)	ГрК (n = 31)	Значимость различий: t; p		
				1 vs. 2	1 vs. 3	2 vs. 3
САД среднесут., мм рт. ст.	128,7 ± 8,5	119,2 ± 8,4	114,1 ± 6,3	5,9; <0,05	7,9; <0,05	2,8; <0,05
САД дневное, мм рт. ст.	130,0 ± 7,9	119,8 ± 8,8	112,9 ± 5,0	6,4; <0,05	10,7; <0,05	4,0; <0,05
САД ночное, мм рт. ст.	125,2 ± 9,2	117,8 ± 8,7	109,1 ± 5,5	4,4; <0,05	8,9; <0,05	5,0; <0,05
ДАД среднесут., мм рт. ст.	77,7 ± 6,2	71,8 ± 6,5	67,5 ± 5,4	4,8; <0,05	7,7; <0,05	3,1; <0,05
ДАД дневное, мм рт. ст.	84,6 ± 9,3	77,5 ± 9,7	68,4 ± 6,7	4,0; <0,05	8,5; <0,05	4,6; <0,05
ДАД ночное, мм рт. ст.	73,7 ± 7,4	68,8 ± 7,9	60,1 ± 4,8	3,4; <0,05	9,3; <0,05	5,6; <0,05

В III триместре разница средних значений между ГрМС и ГрК по дневному САД увеличилась и составила 17,1 [95 % ДИ 13,9–20,3] мм рт. ст. Все средние значения суточных, дневных и ночных значений, как САД, так и ДАД, в ГрРМС увеличились и стали значимо ($p < 0,05$) выше, чем в ГрК.

Через 1 год также выявлены различия по подгруппам (таблица 5).

Таблица 5 — Сравнительная характеристика показателей СМАД через 1 год после родов

Показатель	ГрМС (n = 55)	ГрРМС (n = 57)	ГрК (n = 31)	Значимость различий: t; p		
				1 vs. 2	1 vs. 3	2 vs. 3
САД среднесут, мм рт. ст	129,0 ± 7,8	118,7 ± 9,5	111,9 ± 7,1	6,3; <0,05	10,1; <0,05	3,5; <0,05
САД дневное, мм рт. ст.	130,3 ± 8,2	120,5 ± 7,5	113,0 ± 4,2	6,6; <0,05	11,0; <0,05	5,1; <0,05
САД ночное, мм рт.ст.	118,5 ± 7,3	113,7 ± 7,0	105,3 ± 6,1	3,6; <0,05	8,6; <0,05	5,7; <0,05
ДАД среднесут., мм рт. ст.	76,4 ± 5,4	70,2 ± 6,6	67,4 ± 6,1	5,4; <0,05	7,1; <0,05	2,0; <0,05
ДАД дневное, мм рт.ст.	85,6 ± 8,6	79,8 ± 6,7	70,2 ± 5,8	4,0; <0,05	8,9; <0,05	6,8; <0,05
ДАД ночное, мм рт. ст.	69,2 ± 7,9	66,4 ± 7,3	61,4 ± 4,8	1,9; =0,062	4,9; <0,05	3,4; <0,05

Через 1 год, средние значения САД и ДАД, а также ночные и дневные показатели, в ГрМС и ГрРМС остались повышенными и значимо отличались от ГрК. Максимальные различия отмечены между дневными значениями САД в ГрМС и ГрК, которые составили 17,3 [95 % ДИ 14,1–20,4] мм рт. ст. Ночные значения ДАД в ГрРМС после родов остались на высоком уровне и значимо не отличались от значений в ГрМС, что может свидетельствовать о прогрессировании АГ у пациентов с повышенным риском развития метаболических нарушений.

Выводы

Таким образом, наибольшее количество пациенток с превышением пороговых значений АД выявлено в ГрМС (21,8 %). Наибольшая разница в средних значениях дневного САД была зарегистрирована между ГрМС и ГрК в I триместре (15,7 [95 % ДИ 10,9–20,4]), в III триместре (17,1 [95 % ДИ 13,9–20,3]) и через 1 год после родов (17,3 [95 % ДИ 14,1–20,4]). В ГрМС среднее значение дневного ДАД значимо ($t = -7,4$; $<0,001$) увеличилось с 77,9 мм рт. ст. в I три-

местре до 84,6 мм рт. ст. в III триместре и осталось на неизменном уровне через 1 год после родов. В ГрРМС среднее значение дневного ДАД увеличилось с 72,8 мм рт. ст. в I триместре до 79,8 мм рт. ст. через год после родов ($t = -6,3$; $p < 0,001$), чего не было отмечено в ГрК, где дневные значения САД и ДАД не различались и оставались на стабильном уровне.

Диагностика повышенного уровня АД на ранних сроках (в I триместре) у женщин с компонентами МС и контроль уровня АД с помощью СМАД помогает подобрать адекватную гипотензивную терапию, оценить ее эффективность и избежать осложнений течения беременности, родов и неблагоприятных перинатальных исходов, а также позволит улучшить отдаленный прогноз [3].

ЛИТЕРАТУРА

1. Метаболический синдром и тромбофилия в акушерстве и гинекологии / А. Д. Макацария [и др.]. М. : МИА, 2006. 480 с.
2. Савельева, И. Особенности течения беременности, исходы родов для матери и плода при метаболическом синдроме / И. Савельева, С. Баринов // Врач. 2009. № 8. С. 18–19.
3. Ли, О. А. Результаты суточного мониторирования артериального давления у женщин с метаболическим синдромом во II триместре беременности / О. А. Ли // Лечеб. дело. М., 2011. № 4. С. 78–84.

УДК 616-005.1-08:616.151.514

ПОКАЗАТЕЛИ ВТОРИЧНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ГЕМОФИЛИИ

Рахимова С. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Ходулева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Гемофилии — группа коагулопатий, обусловленных генетически детерминированным дефицитом плазменных факторов свертывания крови VIII, IX — важнейших звеньев в системе гемостаза. Классифицируют гемофилии по дефициту антигемофильных глобулинов (АГГ): гемофилия А представляет собой дефицит фактора VIII (FVIII); гемофилия В (болезнь Кристмаса) — дефицит фактора IX (FIX). Очень редко выявляется конкомитированная гемофилия: одновременный дефицит FVIII и FIX, часто сопровождающийся нарушением цветового зрения. Распространенность гемофилии в большинстве стран составляет 15–20 на 100 тыс. мужчин или 1:10000 новорожденных мальчиков. Согласно оценке, основанной на ежегодном глобальном опросе, проводимом Всемирной Федерацией Гемофилии, число людей с гемофилией в мире составляет приблизительно 400 тыс. человек. При этом соотношение гемофилии А к гемофилии В составляет 4:1. В Республике Беларусь распространенность гемофилии А составляет — 12–16 случаев на 100 тыс. мужского населения и гемофилия В 1,2–1,6 на 100 тыс. мужского населения [1].

Ген, кодирующий уровень фактора VIII, находится на длинном плече X-хромосомы в локусе q28. Ген, кодирующий уровень фактора IX, находится также на длинном плече X-хромосомы в локусе q27. Поэтому характер наследования гемофилии А и В рецессивный, сцепленный с X-хромосомой. В настоящее время установлено, что генетическими дефектами, приводящими к гемофилии, являются точечные мутации, в результате которых в гене фактора VIII или IX происходит изменение аминокислотного состава белка, что приводит к синтезу неполноценного протеина. Наследственный (семейный) характер гемофилии отмечается у 70–90 % пациентов. В 30–10 % случаев гемофилия является спорадической, возникающей в результате реализации скрытого гетерозиготного носительства или в результате спонтанных генетических мутаций.