

ски неблагоприятным фактором у пациентов оказалось отсутствие адекватного снижения ночного давления – «non-dipper» (СИ САД 1,36 [0,0÷1,48] %, СИ ДАД 0,51 [0,0÷1,27] %). Установлено, что отсутствие достаточного снижения АД ночью – сильный и независимый предиктор сердечно-сосудистой смертности. Кроме того, выявленная положительная корреляционная связь значения ИМТ с уровнем САД ($r = 0,462$, $p < 0,05$) и ДАД ($r = 0,486$, $p < 0,05$) подтверждает участие высоких значений ИМТ в патофизиологических механизмах развития артериальной гипертензии у пациентов с синдромом обструктивного апноэ сна.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Возможности диагностики синдрома обструктивного апноэ сна / А.В. Жарикова, О.А. Кривошей, А.О. Жарикова, О.И. Ананченко // Научно-практический рецензируемый журнал «Медико-биологические проблемы жизнедеятельности». 2022. – № 1 (27). – С. 69–80.
2. Бузунов, Р. В. Храп и синдром обструктивного апноэ сна: учебное пособие для врачей / Р. В. Бузунов, И. В. Легейда. – М., 2010. – 78 с.
3. Жарикова, А. О. Скрининговые опросники в диагностике синдрома обструктивного апноэ сна / А. О. Жарикова, О.И. Ананченко // XIV Республиканская научно-практическая конференция с международным участием студентов и молодых ученых «Проблемы и перспективы развития современной медицины»: сборник научных статей, г. Гомель, 5–6 мая 2022 года : 6 т. / Гом. гос. мед. ун-т. – Т.6. – С. 10–12.
4. Resistant hypertension and sleep apnea: pathophysiology insights and strategic management / S. K. Williams [et al.] // Curr Diab Rep. – 2011. – Vol. 11, № 1 – P. 64–69.

УДК 616.151.514:616.72-007.248-07

С. В. Жогаль

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ГЕМОФИЛИЧЕСКИЕ АРТРОПАТИИ

Введение

Гемофилии – группа наследственных заболеваний, обусловленных генетически детерминированным дефектом синтеза антигемофильных плазменных факторов свертывания. Частота гемофилии А, по данным ВОЗ, колеблется от 5 до 10, гемофилии В – от 0,5–1 до 5 случаев на 100 тысяч новорожденных мальчиков. Гемофилия наследуется по аутосомно-рецессивному признаку, сцепленному с X-хромосомой. При этом наследуется не только тип заболевания, но и его тяжесть [2].

Разные типы гемофилии обусловлены различными молекулярными дефектами. У пациентов с гемофилией А отсутствует, снижен или нарушен синтез фактора свертывания VIII, а у пациентов с гемофилией В (болезнь Кристмаса) аналогичные нарушения касаются фактора свертывания крови IX. Иногда встречается недостаток фактора XI, однако при этой форме гемостазиопатии наблюдается очень незначительное ухудшение свертываемости. В редких случаях наблюдается недостаток других факторов свертывания [4].

Согласно данным ВОЗ, для гемофилии А и В существует три степени тяжести заболевания: легкая, умеренная (среднетяжелая) и тяжелая. Тяжесть гемофилии определяется уровнем активности дефицитного фактора свертывания крови, выраженном в процентах от средней обычной свертывающей активности, которая равна 100 %. У больных с тяжелой формой уровень активности фактора в крови менее 1 %. Кровотечения при тяжелой форме чаще всего бывают спонтанными или вызванными незначительной для здорового человека травмой. При умеренной форме гемофилии уровень фактора колеблется от 1 до 5 %. При легкой форме гемофилии уровень дефицитного фактора от 5 до 30 %. Кровоте-

чения при легкой форме гемофилии возникают чаще после значительной травмы. В норме активность фактора VIII или IX составляет от 50 до 100 % [1, 3]. Одним из серьезных осложнений гемофилии является развитие артропатии. Раннее начало терапии должно быть направлено на его профилактику.

Цель

Оценить риск развития артропатий при различных вариантах гемофилий.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ заболеваемости гемофилией А и В на базе ГУ «Республиканский научно-практический центра радиационной медицины и экологии человека. Всего в обследование включены данные 92 пациентов с гемофилией в возрасте от 1 до 74 лет (средний возраст 34,7 лет). Диагноз верифицировался на основании гематомного типа кровоточивости, удлинения активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) и снижения активности плазменных факторов свертывания VIII и IX. Поражение суставов у обследуемых пациентов диагностировано по клиническим данным и по результатам ультразвукового исследования. Для работы использовались архивные данные (карты диспансерного учета, истории болезни, регистр пациентов с гемофилией). Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета прикладных программ Microsoft Excel и Statistica 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Как видно из представленных данных (таблица 1), гемофилия А диагностирована у 76 человек (83 %); из них 22 ребенка (29 %) в возрасте от 1 до 17 лет, 54 взрослых (71 %) в возрасте от 18 до 74 лет. Гемофилия В диагностирована у 16 человек (17%); из них 5 детей (31 %) в возрасте от 9 до 17 лет, 11 взрослых (69 %) в возрасте от 23 до 48 лет. Таким образом, заболеваемость гемофилией А в Гомельской области больше, чем гемофилией В, что подтверждает литературные данные по эпидемиологии гемофилии.

Таблица 1 – Распределение пациентов с гемофилией А и В в зависимости от возраста

Тип гемофилии	Дети в возрасте 1–17 лет		Взрослые в возрасте 18–74 года		Всего	
	n	%	n	%	n	%
Гемофилия А	22	29	54	71	76	83
Гемофилия В	5	31	11	69	16	17

Проанализирован возраст пациентов, в котором впервые был выставлен диагноз гемофилии. Минимальный возраст постановки диагноза гемофилии А – 8 месяцев, максимальный – 7 лет. Средний возраст постановки диагноза гемофилии А, по нашим наблюдениям, составил 1,7 года. У большинства больных гемофилия диагностирована на первом году жизни. Гемофилия В была впервые диагностирована у пациентов в возрасте от 1 до 12 лет, средний возраст постановки диагноза составил 2,6 года. Таким образом, по результатам исследования, гемофилия А диагностируется в более раннем возрасте, чем гемофилия В, однако эти различия статистически не значимы (t-критерий Стьюдента – 0,82; $p = 0,42$).

У 67 % пациентов ($n = 62$) в семейном анамнезе наблюдались случаи гемофилии, у 33 % ($n = 30$) – нет связи с генетической предрасположенностью. У 2 пациентов при цитогенетическом исследовании выяснилось, что их матери являются кондукторами гемофилии.

При анализе данных установлено, что ведущим клиническим симптомом и осложнением гемофилии явились поражения суставов, проявляющиеся в виде острых и хронических гемартрозов, которые впоследствии привели к деформирующим необратимым поражениям суставов (гемофилическая артропатия). Признаки гемофилической артропа-

тии были выявлены у 58 пациентов, что составило 63 %. Из них 46 пациент (60 %) с гемофилией А в возрасте от 11 до 77 лет (средний возраст 38,2 года) и 12 пациентов (72 %) с гемофилией В в возрасте от 14 до 42 лет (средний возраст 29,1 года). Также проведен анализ вовлечения в патологический процесс разных групп суставов у пациентов с гемофилией А (рисунок 1) и гемофилией В (рисунок 2).



Рисунок 1 – Структура гемофилической артропатии у пациентов с гемофилией А

Как видно из представленных данных, у большинства пациентов с гемофилией А в патологический процесс были вовлечены коленные суставы (37 %), голеностопные, и локтевые суставы (по 17 %), реже наблюдалось поражение других групп суставов.



Рисунок 2 – Структура гемофилической артропатии у пациентов с гемофилией В

Как видно на рисунке, у большинства пациентов с гемофилией В поражились коленные (56 %) и голеностопные (22 %) суставы.

Согласно полученным данным, показатель АЧТВ у 96,5 % (n = 89) был выше референтных значений, что и является скрининговым тестом при диагностике гемофилии. Минимальный показатель АЧТВ составил 35,1 секунды, максимальный – 119,6 секунды, при среднем значении – 67,9 секунд.

Чаще диагностировалась среднетяжелая форма заболевания (уровень фактора 1–5 %) – 40 пациентов (43 %). Тяжелая форма гемофилии (уровень фактора менее 1 %) и легкая форма гемофилии (уровень фактора более 5 %) наблюдались у одинакового количества пациентов: n = 26, что составило по 28,5 %. Анализ степени тяжести гемофилии в зависимости от ее варианта показал, что при гемофилии А чаще наблюдалась среднетяжелая форма (42 %), при гемофилии В – тяжелая форма заболевания (39 %).

Выводы

Заболеваемость гемофилией А (83 %) значительно выше, чем гемофилией В (17 %), что подтверждает литературные данные по эпидемиологии гемофилии. Средний возраст постановки диагноза гемофилии А составил 1,7 года, гемофилии В – 2,6 лет. Несмотря на

то, что гемофилия является наследственным заболеванием, у 33 % пациентов нет связи с генетической предрасположенностью. Гемофилическая артропатия наблюдалась у 63 % пациентов. Наиболее подвержены развитию артропатии пациенты с тяжелой формой гемофилии В. Превалировало поражение коленных суставов. Средний возраст развития артропатии при гемофилии В был младше, чем при гемофилии А (29,1 лет и 38,2 года соответственно). Как известно, профилактический метод лечения гемофилии тяжелой степени является самым перспективным, позволяющим минимизировать риск развития гемофилической артропатии. В последние 10 лет он широко используется в нашей стране, что отражается на качестве жизни пациентов данной категории.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Геморрагические диатезы: уч.-метод. пособие для студ. 5-6 курсов всех факульт. мед. вузов, врачей общ. практики, терапевтов / З. В. Грекова [и др.]. – Гомель : ГомГМУ, 2017. – 76 с.
2. Дашкевич Э.В., Ольховик Ю.В., Рудь М.С., Волобуева В.В., Михайловская Е.Н. Анализ распространенности гемофилии в республике Беларусь [Электронный ресурс] / Э. В. Дашкевич // Медицинские новости – 2014. – № 8 (239). – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-rasprostranennosti-gemofilii-v-respublike-belarus>. – Дата доступа: 22.03.2023.
3. Ледаев М.Я., Степанова О.В., Шахова Н.В., Мерзлякова Н.А., Скопенко Е.Б. Клинические особенности гемофилии на современном этапе [Электронный ресурс] / М.Я. Ледаев // Медицинский вестник Юга России. – 2010. – № 2. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskie-osobennosti-gemofilii-na-sovremennom-etape>. – Дата доступа: 22.03.2023.
4. Якунина, Л. Н. Гемофилия у детей: клиника, диагностика, лечение. Пособие для врачей гематологов / Л. Н. Якунина, Э. В. Агеенкова, Т. Г. Плахута. – М. : НИИ детской онкологии, 2015. – 32 с.

УДК 616.12-008.331.1:[616.891.6+615.225.2]

П. Л. Жоголь, П. Е. Карбовский

*Научный руководитель: ассистент кафедры И. Л. Мамченко;
к.м.н. доцент Е. Г. Малаева*

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

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ, КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПРИЕМА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Введение

Актуальность изучения тревожности, эмоциональной дисрегуляции и совладающего поведения не вызывает сомнений, так как жизнь современного человека определяется, в первую очередь, экстремальным ритмом жизни, что часто приводит к стрессам, хронической психоэмоциональной напряженности. Также следует отметить, что индивидуальная восприимчивость к стрессорам чрезвычайно вариабельна у разных людей. В широком понимании стресса, нет людей не подверженных ему [1].

Все люди рано или поздно сталкиваются с трудными жизненными ситуациями, в процессе их решения применяют различные «копинг-стратегии» и в нашем исследовании мы решили изучить какими «копинг-стратегиями» чаще всего пользуются пациенты исследуемой группы [2].

В XXI веке сердечно-сосудистые заболевания остаются ведущей причиной смертности во всем мире. Артериальная гипертензия (АГ) известна как один из наиболее важных модифицируемых факторов риска основных кардиоваскулярных заболеваний, воздей-