

2. Аметов, А. С. Окислительный стресс при сахарном диабете 2-го типа и пути его коррекции / А. С. Аметов, О. Л. Соловьева // Проблемы эндокринологии. – 2011. – № 6. – С. 52–60.

3. Sima, A. A. The Effect of C-Peptide on Cognitive Dysfunction and Hippocampal Apoptosis in Type 1 Diabetic Rats / A. A. Sima // Diabetes. – 2005. – № 5. – С. 1497–1505.

УДК: 616.12-008.331-073:616.12-008.331.1-052

Ю. С. Гонгарева, А. А. Федорчук

Научный руководитель: старший преподаватель А. Н. Ковальчук

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ СМАД У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Введение

Артериальная гипертензия – синдром повышения систолического артериального давления от 140 мм рт. ст. и выше, и одновременно или самостоятельно – диастолического АД ≥ 90 мм рт. ст. [2].

В настоящее время артериальная гипертензия (АГ) является одной из самых важных и актуальных проблем современной медицины во всем мире ввиду ее широкой распространенности, высокой летальности и мощного риска развития сердечно-сосудистых осложнений [1].

Оценка суточного (циркадного) ритма колебаний АД является важной составляющей СМАД – единственного не инвазивного метода, позволяющего оценить различие АД во время работы и сна. Динамика АД в течение суток, как у здоровых людей, так и у пациентов с АГ, имеет некоторые закономерности. Самый высокий уровень отмечается в утренние часы (между 6-ю и 12-ю часами), второй, менее выраженный, вечерний подъем АД наблюдается около 19 часов. Минимальные цифры АД регистрируются в интервале от 0 до 4 часов, после чего наблюдается постепенное его повышение с резким увеличением примерно за 1 час до пробуждения [3, 4].

Цель

Изучить суточный профиль артериального давления (АД) и взаимосвязь поражений клапанов сердца у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы исследования

Работа была проведена на базе учреждения здравоохранения «Гомельский областной клинический кардиологический центр». На основании ретроспективного анализа медицинской документации 112 пациентов с диагнозом АГ в возрасте от 40 до 60 за 2021 год: женщины – 72 пациента (64,3 %), мужчины – 40 пациентов (35,7 %).

Всем пациентам было проведено суточное мониторирование артериального давления (СМАД), не ранее, чем через сутки после отмены назначенного лечения, и продолжалось не менее 24 часов. Интервал между измерениями – 20 минут в дневное и 30 минут в ночное время суток. По данным результатов СМАД был рассчитан средний уровень систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД). В зависимости от поставленного диагноза пациенты были разделены на две группы: в первую группу (группа 1) включены пациенты с артериальной гипертензией без поражения клапанов сердца (38 пациентов – 33,9 %). Во вторую группу (группа 2) – пациенты с артериальной гипертензией с поражением клапанов сердца (74 пациента – 66,1 %), данная группа была разделена

на 2 подгруппы: 1. Недостаточность одного клапана – аортальный (АоК) – 19 пациентов (17 %), митральный(МК) – 21 пациентов(18,75 %). 2. недостаточность двух клапанов – митрального (МК) и аортального (АоК) – 34 пациентов (30,35 %).

Результаты исследования и их обсуждение

Таблица 1 – Результаты СМАД, показатели суточного АД

Показатели суточного АД	Группа 1 (мм рт. ст)	Группа 2		
		недостаточность одного клапана (мм рт. ст)		недостаточность двух клапанов (мм рт. ст)
		АоК	МК	АоК + МК
Min САД	90	94	83	84
ДАД	41	43	42	41
Max САД	185	191	185	201
ДАД	120	95	110	154
Среднее САД	128	133	131	140
ДАД	78	74	70	88

Из данных, приведенных в таблице, следует, что минимальное суточное АД для первой группы пациентов с артериальной гипертензией – 90/41 мм рт. ст. Во второй группе пациентов: с недостаточность одного клапана: АоК 94/43 мм рт. ст., МК 83/42 мм рт. ст.; с недостаточностью двух клапанов: АоК + МК 84/41 мм рт. ст.

Максимальное суточное АД в первой группе составляет: 185/120 мм рт. ст. Во второй исследуемой группе: с недостаточностью одного клапана: АоК 191/95 мм рт. ст., МК 185/110 мм рт. ст.; с недостаточностью двух клапанов: АоК + МК 201/154 мм рт. ст.

Среднее суточное АД для первой группы составило 128/78 мм рт. ст. Во второй исследуемой группе: с недостаточностью одного клапана: АоК 133/74 мм рт. ст., МК 131/70 мм рт. ст.; с недостаточностью двух клапанов: АоК + МК 140/88 мм рт. ст.

Таблица 2 – Результаты СМАД, показатели дневного АД

Показатели дневного АД	Группа 1 (мм рт. ст)	Группа 2		
		недостаточность одного клапана (мм рт. ст)		недостаточность двух клапанов (мм рт. ст)
		АоК	МК	АоК+МК
Min САД	119	133	130	114
ДАД	41	56	58	54
Max САД	185	191	185	201
ДАД	120	95	110	154
Среднее САД	133	148	154	150
ДАД	83	76	74	95

Из данных, приведенных в таблице, следует, что минимальное дневное АД для первой группы пациентов – 119/41 мм рт. ст. Во второй группе пациентов: с недостаточность одного клапана: АоК 133/56 мм рт. ст., МК 130/58 мм рт. ст.; с недостаточностью двух клапанов: АоК+ МК 114/54 мм рт. ст.

Максимальное дневное АД в первой группе составляет: 185/120 мм рт. ст. Во второй исследуемой группе: с недостаточностью одного клапана: АоК 191/95 мм рт. ст., МК 185/110 мм рт. ст.; с недостаточностью двух клапанов: Аок+МК 201/154 мм рт. ст.

Среднее дневное АД для первой группы составило 133/83 мм рт. ст. Во второй исследуемой группе: с недостаточностью одного клапана: АоК 148/76 мм рт. ст., МК 154/74 мм рт. ст.; с недостаточностью двух клапанов: Аок+МК 150/95 мм рт. ст.

Таблица 3 – Результаты СМАД, показатели ночного АД

Показатели Ночного АД	Группа 1 (мм рт. ст)	Группа 2		
		недостаточность одного клапана (мм рт. ст)		недостаточность двух клапанов (мм рт. ст)
		АоК	МК	АоК+МК
Min САД	90	100	83	84
ДАД	48	43	42	41
Max САД	135	164	149	156
ДАД	80	93	99	94
Среднее САД	112	135	119	128
ДАД	65	60	67	65

Из данных, приведенных в таблице, следует, что минимальное ночное АД для первой группы пациентов – 90/48 мм рт. ст. Во второй группе пациентов: с недостаточность одного клапана: АоК 100/43 мм рт. ст., МК 83/42 мм рт. ст.; с недостаточностью двух клапанов: Аок+МК 84/41 мм рт. ст.

Максимальное ночное АД в первой группе составляет 135/80 мм рт. ст. Во второй исследуемой группе: с недостаточностью одного клапана: АоК 164/93 мм рт. ст., МК 149/99 мм рт. ст.; с недостаточностью двух клапанов: Аок+МК 156/94 мм рт. ст.

Среднее ночное АД для первой группы составило 112/65 мм рт. ст. Во второй исследуемой группе: с недостаточностью одного клапана: АоК 135/60 мм рт. ст., МК 119/67 мм рт. ст.; с недостаточностью двух клапанов: Аок+МК 128/65 мм рт. ст.

Выводы

В первой группе пациентов показатели систолического и диастолического АД находятся в пределах нормального повышенного АД, суточное систолическое АД (САД) выше нижней границы нормы на 6,7 %, дневное САД на 10,8 %, суточное диастолическое АД (ДАД) и дневное диастолическое АД (ДАД) соответствуют нормальному АД, ночное САД, ДАД в пределах нормального АД.

Во второй группе у пациентов с недостаточностью аортального клапана (АоК) наблюдается повышение суточного систолического АД (САД) выше нижней границы нормального АД на 23,3 % (суточное САД) дневное и ночное САД – в пределах нормы, при суточном, дневном, ночном диастолическом АД (ДАД), пониженном на 7,5 % АД (суточное), 5 % АД (дневное), 25 % АД (ночное).

При недостаточности митрального клапана (МК) суточное систолическое АД (САД) и ночное систолическое АД (САД) в пределах нормального АД, дневное систолическое АД (САД) повышено на 28,3 % от нижней границы нормального АД, при суточном, дневном, ночном диастолическом АД (ДАД) ниже нормального АД на 12,5, 7,5 и 16,25 % соответственно.

При недостаточности митрального (МК) и аортального (АоК) клапанов суточное систолическое АД (САД) имеет тенденцию к повышению на 16,7 % от нижней границы нормального АД, дневное систолическое АД (САД) повышено ниже границы нормального АД на 25 %, ночное систолическое АД соответствует нормальному АД, суточное диастолическое АД (ДАД) соответствуют нормальному АД, дневное диастолическое АД (ДАД) повышено от верхней границы нормы на 6,7 %, ночное ДАД имеет тенденцию к снижению от нижней границы нормы АД на 18,75 %.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. 10 ведущих причин смерти в мире. Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru/> – Дата доступа: 18.03.2023.
2. Википедия – свободная энциклопедия [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/Заглавная_страница – Дата доступа: 17.03.2023
3. Лунина, М. Д. Суточное мониторирование артериального давления / М. Д. Лунина, Г. А. Утехина, Н. И. Шамова. – СПб, 2010. – С. 17.
4. Чазова, И. Е. Роль суточного мониторирования артериального давления в оценке эффективности антигипертензивной терапии (Результаты суточного мониторирования артериального давления в программе КЛИПАККОРД) / И. Е. Чазова, Л. Г. Ратова // Consilium Medicum. – 2007. – Т. 9. – № 1. – С. 3–7.

УДК 616.24-008.444-052-098-07

А. С. Горбат, А. Ю. Козырев

*Научные руководители: к.м.н., доцент О. Н. Кононова;
к.м.н., доцент А. В. Кортаев*

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

СКРИНИНГ-ДИАГНОСТИКА СЛИП-АПНОЭ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Введение

От 10 до 35 % взрослого населения постоянно храпит во сне [1]. Храп не только создает очевидные социальные проблемы, но и является предвестником и одним из основных симптомов синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС).

Проблема нарушения дыхания во сне на сегодняшний день является крайне актуальной. Это связано с высокой распространенностью слип-апноэ сна, ассоциированными с ней тяжелыми сердечно-сосудистыми заболеваниями, эндокринными патологиями и метаболическими нарушениями.

Многие исследователи отмечают, что существует прочная независимая связь между нарушением дыхания во сне, висцеральным ожирением и инсулинорезистентностью [2]. Также известно о корреляции между сердечно-сосудистыми заболеваниями и СОАС. Частота СОАС у больных с артериальной гипертензией составляет 26–40 % [3].

Цель

Изучить эффективность шкалы NoSAS в скрининговой диагностике слип-апноэ сна у пациентов с метаболическими нарушениями.

Материал и методы исследования

Было обследовано 63 пациента, находящиеся на плановом лечении ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека». Среди обследованных были 33 (52,4 %) женщины и 30 (47,6 %) мужчин. Возрастная медиана составила 64 года (от 18 до 85 лет).

Обследование осуществлялось в два этапа. Первый этап – опрос пациентов – для оценки риска возникновения слип-апноэ сна с помощью шкалы NoSAS (Neck, Obesity, Snoring, Age, Sex). Данная шкала содержит пять пунктов, которые представлены в таблице 1. Интерпретация результатов: оценка варьируется от 0 до 17 баллов, сумма набранных баллов 8 и более оценивается как высокий фактор риска нарушения дыхания во сне.

Второй этап заключался в анализе историй болезни пациентов с метаболическими нарушениями.