

Таблица 1 — Результаты психологического анкетирования пациентов с НС

Показатели	1-я группа «тип D» (n = 24)	2-я группа «не тип D» (n = 13)	p
NA, Me[25 %; 75 %]	2,0 [1,0; 3,0]	1,0 [0; 1,5]	0,225
SI, Me[25 %; 75 %]	2,0 [1,0; 3,0]	1,0 [0; 3,0]	0,044

Среди пациентов первой группы отмечены несколько большие значения по шкале негативной возбудимости ( $Me = 2,0$ ), чем у пациентов второй группы ( $Me = 1,0$ ), но эти различия не достигали статистической достоверности ( $p = 0,225$ ). Медиана значений группы пациентов с типом D по шкале социальной подавленности в два раза больше в сравнении с такими же значениями второй группы ( $Me = 2,0$  и  $Me = 1,0$  соответственно), при чем эти значения статистически значимы ( $p = 0,044$ ). Психо-эмоциональную напряженность перед возникновением приступа стенокардии испытывали 63,9 % всех опрошенных пациентов. Можно выделить следующие категории психосоциальных факторов у данных пациентов: семейное положение (вдовство, развод) и стресс дома (заболевание родственников, неудовлетворение семейной жизнью) — 40,5 %, низкая социальная поддержка (эмоциональная, материальная поддержка) — 18,9 %. Следует отметить, что статистически достоверно чаще описанные факторы встречались у первой группы пациентов с типом личности D ( $p < 0,05$ ). Жалобы на неудовлетворенность сном предъявляли 70,3 % пациентов двух групп. Время возникновения нестабильной стенокардии в более трети случаев (34,22 %) не носила какой-либо закономерности, почти у еще одной трети опрошенных приступы возникали ночью (28,96 % случаев), в другое время суток (утро, день и ночь составили 10,5; 13,6 и 13,6 % соответственно).

#### **Выводы**

Тип личности D установлен у 64,9 % пациентов с нестабильной стенокардией. Причем у данных пациентов достоверно выше значения по подшкале социальной подавленности, чем у пациентов с «не типом D», что говорит о большей вовлеченности низкой самооценки, склонности к сдерживанию выражения эмоций по отношению к формированию типа личности D. Наличие психосоциального стресса было выявлено у пациентов обеих групп, но достоверно чаще у первой с дистрессорным типом личности, поэтому данный тип следует рассматривать как один из факторов риска развития сердечно-сосудистой патологии, а именно нестабильной стенокардии.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Denollet, J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality / J. Denollet // Psychosom Med. — 2005. — Vol. 67. — P. 89–97.
2. Denollet, J. A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes: evidence from research on the type D (distressed) personality profile / J. Denollet, A. A. Schiffer, V. Spek // Circ Cardiovasc Qual Outcomes. — 2010. — Vol. 3(5). — P. 546–557.

УДК 616.151.5-097-076

## **ПЕРВИЧНАЯ ДИАГНОСТИКА АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА**

*Железнякова Д. А., Авдейчик И. В.*

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Термин «Антифосфолипидный синдром» (АФС) представляет собой группу аутоиммунных нарушений, которые характеризуются значительным количеством антител к содержащимся в плазме крови фосфолипидам и гликопротеинам. В настоящее время

АФС признан одной из важнейших причин приобретенной тромбофилии иммунного генеза, основу которой составляет васкулопатия, связанная с тромботическим и (или) окклюзивным поражением кровеносных сосудов. Спектр антифосфолипидных антител (АФА) весьма широк, не для всех из них определена клиническая значимость. Провоцировать выработку АФА могут инфекции, медикаментозные воздействия, аутоиммунные и опухолевые заболевания. Выявление у женщин АФА нередко связано с акушерскими осложнениями, включая внутриутробную задержку роста плода, преэклампсию, спонтанную рекуррентную потерю плода и привычное невынашивание беременности. Страдают АФС около 1 % населения Европы. Сосудистые катастрофы, связанные с наличием у пациента АФА вносят большой вклад в заболеваемость и смертность. Своевременная диагностика АФС позволит предупредить развитие тяжелых тромботических осложнений [1].

### **Цель**

Оценить клинические проявления, гемостазиологический и иммунологический статус пациентов при первичной диагностике АФС.

### **Материал и методы исследования**

На базе ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ» были проанализированы 55 амбулаторных карт пациентов в возрасте от 14 лет до 61 года с диагнозом АФС, установленным за период с 2013 по 2019 гг. Верификация диагноза АФС осуществлялась в соответствии с Сиднейскими критериями (2006) при наличии 1 клинического (тромбоз сосудов, патология беременности) и 1 лабораторного критерия: волчаночный антикоагулянт (ВА); антитела к кардиолипинам и к  $\beta 2$ -гликопротеину-1 ( $\beta 2$ -ГП-1) классов IgM и G. Клиника патологии беременности характеризовалась: 1) один или более необъяснимых эпизодов смерти морфологически нормального плода после 10 недели беременности; 2) один или более эпизодов преждевременных родов морфологически нормальным новорожденным до 34-й недели беременности вследствие эклампсии или тяжелой преэклампсии, диагностированной на основании стандартных критериев или диагностированных признаках плацентарной недостаточности; 3) три или более необъяснимых спонтанных аборта подряд на сроке до 10 недель беременности при отсутствии у матери анатомических и гормональных нарушений и при исключении хромосомных причин по материнской или отцовской линии. АФА определялись методом иммуноферментного анализа (ELISA) с интервалом 12 недель. Серонегативный АФС диагностировался в соответствии с клиническим протоколом диагностики, профилактики и лечения пациентов с АФС, утвержденным приказом МЗ РБ от 08.06.2012 № 694. Инициально оценивались следующие показатели коагулограммы: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) (нормальные значения = 24–39 с); фибриноген (2–4 г/л) и Д-димер (до 250 нг/мл). С целью исключения врожденной тромбофилии определяли уровни антитромбина III, протеинов C и S, гомоцистеина, а также молекулярно-генетическое тестирование (методом ПЦР) на наличие тромбогенных мутаций. Статистическая обработка данных проводилась с применением программы «Statistica» 10.0. Использовались непараметрические методы с расчетом медианы (Me), верхнего и нижнего квартиля.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Средний возраст пациентов составил  $36 \pm 7,92$  лет, преобладали женщины — 85,45 %. Первичный АФС установлен в 90,9 %. Среди клинических проявлений превалировала акушерская патология — 60 % случаев. У 23,6 % пациентов диагностированы тромбозы различной локализации: тромбоз легочных артерий (ТЭЛА) — 30,8 %; тромбозы вен нижних конечностей — 30,8 %; тромбозы нетипичной локализации (поперечный синус головного мозга, подмышечная вена) — 7,7 %; нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу (НМК) — 16,5 % случаев. Следует отметить, что НМК

носило нетяжелый или транзиторный характер, однако у всех пациентов наблюдались повторные эпизоды. У 4-х пациентов первичное проявление АФС начиналось с иммунной тромбоцитопенией. Рецидивирующие венозные тромботические осложнения (ВТО) зарегистрированы в 23 % случаев. Количественное определение антифосфолипидных антител показало, что чаще других выявились АФА к  $\beta 2$ -ГП-1 класса Ig M (36,4 %), а в 16,3 % — антитела к кардиолипину класса Ig M и к  $\beta 2$ -ГП-1 класса Ig G. Преобладание АФА класса Ig M могло свидетельствовать о наличии острого перекрестного инфекционного процесса. В зависимости от обнаружения конкретных АФА пациенты были разделены на следующие категории: I-я — присутствие более одного типа АФА; IIa — наличие только ВА; IIb — антитела к кардиолипину и IIc — присутствие антител к  $\beta 2$ -ГП-1. Как серонегативный АФС был установлен в 16,5 % случаев. Среди серологически позитивных вариантов преобладал АФС категории I (29%), IIa категория диагностирована у 21,8 %, IIb — у 12,7 %, IIc — у 20 % пациентов группы наблюдения. Анализ показателей коагулограммы установил, что медиана АЧТВ составила 29,15 с (27,3; 34,2) при колебаниях от 24 до 109,8 с. Все случаи удлиненного показателя АЧТВ наблюдались на фоне присутствия ВА, уровень которого было от 2,1 до 4,2 при медиане = 1,2 (1,1; 1,7), не превышающей нормальные значения. Медиана фибриногена была представлена нормой и составила 4 г/л (3,5; 4,8), но частотный анализ показал колебания данного показателя в значительном диапазоне: от 2 до 7,6 г/л. Но следует помнить, что повышение уровня фибриногена свидетельствует не столько в сторону гиперкоагуляции, сколько в сторону воспалительного процесса. Единственный показатель коагулограммы, отражающий «состояние тромботической готовности» — Д-димер (конечный продукт фибринолиза). Частотный анализ показал превышение референтных значений показателя Д-димера у 54,5 % пациентов группы наблюдения. Максимальное значение достигало 1414 нг/мл при медиане — 256 нг/мл (201; 326).

#### **Выводы**

Первичные клинические проявления АФС характеризовались в 60 % акушерской патологией, в 23,6 % — развитием ВТО и в 16,5 % — НМК по ишемическому типу. Тромбоэмболия легочных артерий была диагностирована в 30,8 % всех клинических эпизодов венозных тромботических осложнений. Среди серологически позитивных вариантов преобладал АФС категории I (29 %). Серонегативный АФС установлен в 16,5 % случаев. Показатели вторичного гемостаза при АФС характеризовались нормальными значениями АЧТВ и фибриногена при повышении уровня Д-димеров у 54,5 % пациентов.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Новикова, И. Аутоиммунные заболевания / И. Новикова, С. Ходулева // Litres. — 2017.

УДК 616.12-008.331.1-037-08

### **ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

*Жизневская В. А.*

**Научные руководители: ассистент О. В. Дарчия, ассистент Н. В. Халецкая**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Сердечно-сосудистые заболевания являются важнейшей проблемой современной медицины. Эксперты Всемирной организации здравоохранения отмечают, что высокое артериальное давление является одной из наиболее важных управляемых причин преж-