4. Working Group on Cardiorenal Syndrome. Cardiorenal syndrome / Working Group on Cardiorenal Syndrome // Intensive Care Med. – 2008. – Vol. 34, № 10. – P. 1793–1802.

5. Tonneijck, L. Glomerular hyperfiltration in diabetes / L. Tonneijck, M. H. Muskiet, M. M. Smits // J. Am. Soc. Nephrol. – 2017. – Vol. 28, № 4. – P. 1023–1039.

6. Zannad, F. Heart failure and kidney dysfunction / F. Zannad, P. Rossignol // Lancet. – 2021. – Vol. 398, № 10306. – P. 1137–1149.

УДК 616.12-008.318:[616.12-008.331+616-007.17]-053.81

К. Ю. Макаренко, С. С. Суровяткин, И. А. Демиденко

Научный руководитель: ассистент кафедры О. В. Апинон

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

СТРУКТУРНЫЕ ВАРИАНТЫ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ СЕРДЦА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИХ ВОЗМОЖНАЯ СВЯЗЬ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Введение

В последние годы интерес к изучению малых аномалий сердца (МАС) значительно возрос, что связано как с улучшением качества эхокардиографической диагностики, так и с накоплением клинических данных о потенциальном влиянии структурных вариаций сердца на гемодинамику у молодых людей. МАС, традиционно рассматриваемые как варианты нормы, нередко встречаются у пациентов с фенотипами дисплазии соединительной ткани (ДСТ), что подчёркивает их системную природу и возможную связь с особенностями формирования миокарда и сосудистой стенки [1]. У молодых пациентов с артериальной гипертензией (АГ) структурные особенности сердца могут приобретать особое клиническое значение. Наличие МАС может влиять на механические свойства миокарда, характер внутриполостных потоков, жесткость стенок и адаптацию сердца к изменению давления. При этом доминирующие типы МАС, такие как дополнительные хорды левого желудочка или минимальная гипертрофия межжелудочковой перегородки, встречаются существенно чаще, чем другие варианты, что может отражать особенности соединительнотканного фенотипа [2].Оценка структуры МАС и частоты их встречаемости у пациентов с АГ важна для уточнения патогенетических механизмов, раннего выявления гемодинамических отклонений и определения групп наблюдения, требующих динамического контроля в связи с возможной ДСТ.

Цель

Изучить распространенность различных малых аномалий сердца у молодых пациентов с артериальной гипертензией и определить наиболее частые структурные варианты, потенциально ассоциированные с дисплазией соединительной ткани.

Материал и методы исследования

В ретроспективное исследование включены данные 110 пациентов 18–44 лет, обследованных в диспансерном отделении ГОККЦ с января по сентябрь 2025 года.

Сформированы две клинические группы: группа МАС (+) – молодые пациенты с артериальной гипертензией и наличием структурных аномалий сердца по данным эхокардиографии (n=75; 68,1%), группа МАС (–) – пациенты с АГ без признаков малых аномалий сердца (n=35; 31,8%). Статистический анализ распределения выполнен с использованием критерия χ^2 (χ^2=14,55; p=0,000137).

Методы исследования включали: эхокардиографическую оценку структур сердца с классификацией МАС, анализ частоты аномалий и их сочетаний. Обработка данных проводилась в Statistica 12.0 с уровнем значимости $p<0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

У пациентов с АГ и наличием МАС выявлены следующие структурные варианты:

1. Наиболее частые МАС:
   – дополнительные хорды ЛЖ – 55 случаев (73,3%);
   – минимальная гипертрофия МЖП – 45 случаев (60%).
2. Средняя частота МАС:
   – пролапс митрального клапана без выраженной регургитации – 15 случаев (20%).
3. Реже встречающиеся варианты МАС:
   – открытое овальное окно – 7 случаев (9,3%);
   – сеть Киари – 3 случая (4%);
   – аневризма межпредсердной перегородки – 1 случай (1,3%).

Статистический анализ структуры МАС при сравнении фактического распределения с ожидаемым равномерным распределением внутри группы (n=75) получено: $\chi^2=127,24$; df=5; $p<0,000001$ – структура МАС резко неравномерна. Наиболее часто встречались хордальные и структурные внутрисердечные аномалии, которые статистически значимо преобладали по сравнению с другими вариантами ($p<0,001$). Частота ПМК (20%) значимо не отличалась от ожидаемой ($p>0,05$).

Полученные данные показывают, что у молодых пациентов с АГ доминируют именно те варианты малых аномалий сердца, которые типичны для соединительнотканных фенотипов, включая диспластический. Преобладание дополнительных хорд и минимальной гипертрофии МЖП может отражать особенности формирования сердечной структуры, характерные для ДСТ.

Редкие варианты, такие как АМПП или сеть Киари, выявлялись значительно реже и редко сочетались с другими аномалиями, что подчеркивает разнообразие фенотипов.

Структура выявленных МАС позволяет предполагать, что у части молодых пациентов с АГ могут иметь место скрытые формы дисплазии соединительной ткани, что важно учитывать при дальнейшей динамической оценке (рисунок 1).

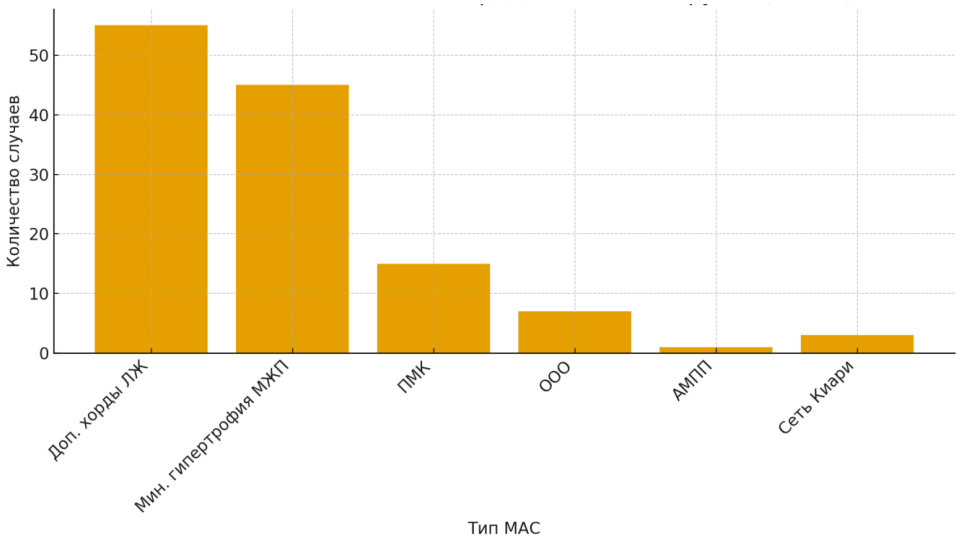


Рисунок 1 – Частота малых аномалий сердца в основной группе (n=75)

Выводы:

1. У молодых пациентов с артериальной гипертензией наиболее часто встречаются хордальные аномалии и минимальная гипертрофия межжелудочковой перегородки, что статистически значимо превышает частоту других типов МАС.

2. Характер распределения малых аномалий сердца внутри группы является резко неравномерным и указывает на доминирование структур, ассоциированных возможно с диспластическим фенотипом.

3. МАС у пациентов с АГ могут рассматриваться как дополнительные маркеры возможной дисплазии соединительной ткани и требуют динамического наблюдения.

4. Выявление доминирующих типов МАС важно для стратификации риска и определения групп молодых пациентов, у которых могут формироваться особенности гемодинамической адаптации и прогрессирования АГ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Малые аномалии сердца как проявление дисплазии соединительной ткани: современные методы диагностики / С. Ю. Нургалиева, Н. Ю. Кононова, Л. Т. Пименов [и др.]. // Практическая медицина. – 2019. – Т. 17, № 2. – С. 28–31.

2. Тимофеев, Е. В. Малые аномалии сердца как кардиальные проявления наследственных нарушений соединительной ткани / Е. В. Тимофеев, Э. Г. Малев, Э. В. Земцовский // Педиатр. – 2020. – Т. 17, № 2. – С. 5−12.

3. Современные возможности диагностики и экспертной оценки при синдроме дисплазии соединительной ткани с наличием малой аномалии развития сердца и нарушений ритма сердца / К. А. Саркисов [и др.]. // Медицинский Вестник ГВКГ Им. Н. Н. Бурденко. – 2020. – № 2. – С. 31−50.

УДК 616.12-073.7

М. А. Милушечкина, А. В. Кожемяко

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. В. Николаева

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

ИНФАРКТОПОДОБНЫЕ ЭКГ ПРИ СИНДРОМЕ РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ

Введение

Для подтверждения инфаркта миокарда (ИМ) традиционно используют диагностическую триаду ВОЗ (1975): характерную клиническую картину, специфические изменения ЭКГ и рост концентрации биомаркеров некроза в крови [1]. Диагноз признается обоснованным при выявлении любых двух признаков из этого перечня. Если же зафиксирован только один из критериев, это дает лишь основания для подозрения, а постановка окончательного диагноза в таком случае часто бывает ошибочной [2].

Цель

Провести дифференциальную диагностику инфарктоподобных ЭКГ на примере клинических случаев при синдроме ранней реполяризации и инфаркта миокарда.

Материал и методы исследования

Пациент Д., мужчина, 51 год, при поступлении в отделение предъявлял жалобы на давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую половину грудной клетки. При осмотре кожные покровы обычной окраски. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Артериальное давление 130/80 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений 70 в минуту.

В период госпитализации были выполнены следующие обследования: БАК, ОАК, ОАМ, ЭКГ, ЭХО-КГ, коронарография.