

эндотелиальной дисфункции в патогенезе развития и прогрессирования АГ и может использоваться как лабораторный маркер ЭД.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дрождж, Д. Эндотелиальная дисфункция как фактор, приводящий к артериальной гипертензии / Д. Дрождж, М. Дрождж, М. Вуйчик // Педиатр. нефрол. – 2023. – Т. 38, № 9. – Р. 2973–2985. – DOI: 10.1007/s00467-022-05802-z.
2. Gallo, G. Endothelial Dysfunction in Hypertension: Current Concepts and Clinical Implications / G. Gallo, M. Volpe, C. Savoia // Front. Med. (Lausanne). – 2022. – Vol. 8. – P. 798958. – DOI: 10.3389/fmed.2021.798958.
3. Therapeutic targeting of inflammation in hypertension: from novel mechanisms to translational perspective / E. C. Murray, R. Nosalski, N. MacRitchie [et al.] // Res. – 2021. – Vol. 117. – P. 2589–609. – DOI: 10.1093/cvr/cvab330.
4. Взаимосвязь маркеров эндотелиальной дисфункции с контролем артериального давления при артериальной гипертензии у пациентов с ожирением // И. А. Садулаева, Л. Ф. Халикова, Е. Г. Медведева [и др.] // Эффективная фармакотерапия. – 2022. – № 18. – С. 6–11. – DOI: 10.33978/2307-3586-2022-18-41-6-11.
5. Антонова, Т. В. Маркеры дисфункции эндотелия (VCAM-1, vWF) при хроническом гепатите С / Т. В. Антонова, М. А. Романова, Ю. В. Лымарь // Терапевтический архив. – 2013. – № 12 – С. 86–89.
6. Оценка эндотелиальной дисфункции и ангиогенеза у больных с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом / З. М. Исламгалиева, Л. Н. Хусаинова, Л. Н. Мингазетдинова, Э. Г. Муталова // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5. – URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=21922> (дата обращения: 18.09.2025).

УДК 616.12-008.331.1-036.12-08:618.3

О. Ю. Дробышевская, И. А. Куликова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ТЕЧЕНИЕ ГИПЕРТЕНЗИВНОГО СИНДРОМА И ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Введение

В последние годы наметилась тенденция увеличения частоты встречаемости хронической артериальной гипертензии (АГ) у женщин на фоне беременности. Гипертензивные расстройства способствуют у беременных трансформации их в преэклампсию/эклампсию, служат важным фактором риска развития осложнений беременности как со стороны матери, так и со стороны плода и приводят к развитию ассоциированных с АГ сердечно-сосудистых клинических состояний, таких как инсульты, острое повреждение почек, злокачественная ретинопатия, а также к развитию преждевременных родов, задержке внутриутробного развития плода, низкому весу ребенка при рождении. [1]

Критерием АГ у беременных женщин является уровень систолического артериального давления (АД)-140 мм рт. ст. и выше, и/или диастолического АД-90 мм рт. ст. и выше при двух измерениях с интервалом не менее четырех часов. Гипертензивные состояния при беременности подразделяются на:

1. АГ, существующую до беременности, или развившуюся до 20-й недели гестации – хроническая АГ.
2. АГ, развившуюся после 20-й недели беременности и сохраняющуюся не более 12 недель после родов – гестационная АГ (индуцированная беременностью) [2].

Секция «Внутренние болезни»

При нормально протекающей беременности в I и II триместрах возможно физиологическое снижение АД, вследствие гормональной вазодилатации, в III триместре АД возвращается к исходному уровню или превышает его. Классификация степени повышения АД у беременных женщин: нормальное АД: САД <140 и ДАД <90, умеренная АГ: САД – 140–159 и ДАД – 90–109, тяжелая АГ: САД >160 и ДАД >110) [2].

Вегетативная регуляция сердечного ритма при хронической артериальной гипертензии характеризуется гиперсимпатикотонией уже во втором триместре, по сравнению с неосложненной беременностью [3].

Хроническая АГ характеризуется преобладанием повышения САД как по частоте регистрации, так и по продолжительности в течение суток в сочетании с более низкой среднесуточной и дневной его вариабельностью. Ремоделирование ЛЖ на 24–26-й неделе беременности у женщин с гипертензивным синдром более выражено у пациентов с хронической АГ и характеризуется более частой и более тяжелой диастолической дисфункцией ЛЖ. Поражение органов-мишеней у беременных с гипертензивным синдромом зависит от его формы: при хронической АГ чаще регистрируется ремоделирование ЛЖ, представленное его диастолической дисфункцией [1].

Цель

Оценка течения гипертензивного синдрома у беременной женщины и поражения органов-мишеней при хронической артериальной гипертензии.

Материал и методы исследования

Индивидуальная карта беременной и родильницы.

Результаты исследования и их обсуждения

Пациент О., 40 лет, обратилась в женскую консультацию для постановки на учет по беременности. Предъявляла жалобы на периодическое повышение артериального давления, головную боль. В анамнезе: простудные заболевания, дисметаболическая миокардиодистрофия (ДММКД), преходящая полная блокада левой ножки пучка Гиса (ЛНПГ), желудочковая экстрасистолия, АГ 2 ст., риск 3. Н 1, вертеброгенная цервикалгия.

При осмотре: тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140/90 на обеих руках, пульс 90 ударов в минуту. Диагноз: Беременность 7–8 недель. ЭКО-индуцированная беременность. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (ОАГА) (2 внематочные беременности, 2 тубэктомии), бесплодие, 2 попытки экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) – неудачны. Хронический сальпингоофорит. Возрастная первородящая (возраст беременной 40 лет). Хроническая АГ. Н 0-1. НЖО 1 степени.

Пациент была обследована согласно постановлению Минздрава от 19 февраля 2018 г. № 17. Неоднократно находилась на стационарном лечении с целью дообследования, уточнения диагноза, коррекции антигипертензивного лечения, предупреждения осложнений. В соответствии с постановлением Минздрава № 88 от 10.12.14 (об установлении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности и признании утратившими силу некоторых постановлений Минздрава и отдельного структурного элемента постановления Минздрава от 9 ноября 2007 года № 105) п.7.3, показано прерывание беременности, от которого женщина отказалась. Имеется письменный отказ в медицинской карте.

До 12 недель беременности осмотрена специалистами, врачом-офтальмологом была выявлена гипертоническая ангиопатия сетчатки 1–2 ст. Было выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) сердца. Заключение: глобальная систолическая функция ЛЖ удовлетворительная. Глобальная диастолическая функция ЛЖ – дисфункция

тип 1. Камеры сердца не расширены. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Регургитация на МК 1 ст., на Аок 1 ст., на ТК 1–2 ст., межпредсердное сообщение (больше данных за вторичный дефект межпредсердной перегородки (МПП)). Добавочная хорда ЛЖ. Для уточнения состояния МПП рекомендовано: чреспищеводная ЭХО-кардиография (ЭХО-КГ), консультация врача-кардиолога.

28.03.2023 пациент консультирована кардиологом стационара: Хроническая АГ, тяжелой степени. Гипертоническое сердце. Преходящая полная блокада ЛНПГ. Недостаточность ТК1–2 ст., Аок 1 ст. МАРС: Добавочная хорда ЛЖ. Межпредсердное сообщение (4 мм), гемодинамически малозначимое Н 1. Рекомендовано: УЗИ сосудов почек, допегит 250 мг по 2 таблетки 3 раза в день (дозу корректировать до достижения целевых уровней), метопролол 25 мг по ½ таблетке 2 раза в день, аспирин 75–100 мг по 1 таблетке вечером с 12 недели беременности, профиль АД, ЧСС, лабораторный мониторинг, контроль протеинурии, контроль холтеровского мониторирования ЭКГ, ЭХО-КГ в 3 триместре. Рекомендовано: чреспищеводная ЭХО-КГ для уточнения наличия/отсутствия межпредсердного сообщения в плановом порядке.

Консилиум в женской консультации поликлиники с целью определения тактики дальнейшего ведения беременности. Жалоб не предъявляет. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 160/90, 160/100 мм рт. ст., пульс 90 ударов в мин., ритмичный. Живот увеличен за счет беременности, не доступен глубокой пальпации. Пастозность стоп. Стул и мочеиспускание в норме. Заключение консилиума: Беременность 35,3 недели. ОАГА (2 тубэктомии, бесплодие 2, хронический сальпингоофорит). ЭКО-индуцированная беременность. ОАА (угроза выкидыша в 5–6 недель). Возрастная беременная (40 лет). Хроническая АГ, тяжелой степени. Недостаточность ТК 1 ст., МК 1 ст. Дисметаболическая миокардиодистрофия. Преходящая полная блокада ЛНПГ Н 1. НЖО 1 ст. Хроническая фетоплацентарная недостаточность, стадия субкомпенсации.

Исход беременности: Женщина родоразрешена на третьем уровне с помощью планового кесарева сечения 03.10.2023 г., извлечен живой ребенок женского пола с массой 3270 гр. с оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов.[4]

Выводы

Ранним поражением органов-мишеней при артериальной гипертензии у беременных женщин является гипертрофия левого желудочка по данным эхокардиографии.

Наиболее частым поражением органов-мишеней, особенно при хронической артериальной гипертензии зачастую с присоединением преэклампсии является поражение органа зрения в виде сужения артериол сетчатки [5.]

У данного пациента на фоне хронической артериальной гипертензии течение гипертензивного синдрома осложнилось гипертрофией миокарда ЛЖ, диастолической дисфункцией 1 типа миокарда ЛЖ, а также гипертонической ангиопатией сетчатки 1–2 степени, что является поражением органов-мишеней.

Течение гипертензивного синдрома при беременности на фоне хронической АГ характеризуется повышением САД в 69 % случаях в сочетании с более низкой среднесуточной и среднедневной его вариабельностью. Поражение органов-мишеней у беременных с гипертензивным синдромом на фоне хронической АГ представлено преимущественно на субклиническом уровне и более выражено ремоделирование ЛЖ, которое характеризуется диастолической дисфункцией ЛЖ без увеличения ИММЛЖ [1].

Маркеры ранней диагностики органных повреждений: перестройки органов-мишеней (сердце, почки, сосуды) при хронической АГ у беременных при гипертензивных синдромах на фоне беременности требуют не только совершенствования, но и дополнительного поиска с целью увеличения их диагностической точности и прогностической значимости в плане развития осложнений.

Своевременная коррекция патологических изменений в органах-мишенях у беременных с гипертензивным синдромом позволит предотвратить как сердечно-сосудистые катастрофы у матери, так и осложнения со стороны плода и новорожденного [1].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аксенова, А. С. Особенности течения гипертензивного синдрома и поражение органов-мишеней в зависимости от формы артериальной гипертензии у беременных / А. С. Аксенова, Н. А. Козиолова, М. М. Падруль // Уральский медицинский журнал. – 2017. – № 6 (150). – С. 59–65.
2. Анартаева, М. У. Медико-социальные аспекты факторов риска хронической артериальной гипертензии при беременности / М. У. Анартаева, Г. М. Сейтжанова // Актуальные направления фундаментальных и прикладных исследований : материалы XXII междунар. науч.-практ. конф., North Charleston, 02–03 марта 2020 г. – North Charleston : LuluPress, Inc., 2020. – С. 12–26.
3. Фаткуллина, И. Б. Результаты сравнительного изучения вегетативной регуляции сердечного ритма при преэклампсии и хронической артериальной гипертензии во время беременности / И. Б. Фаткуллина // Сибирское медицинское обозрение. – 2011. – № 2 (68). – С. 30–33.
4. Дробышевская, О. Ю. Коморбидность экстрагенитальных заболеваний при беременности / О. Ю. Дробышевская // Проблемы здоровья и экологии. – 2025. – Т. 22, № 1. – С. 119–126. – DOI: 10.51523/2708-6011.2025-22-1-15.
5. Чулков, В. С. Состояние органов-мишеней при различных формах артериальной гипертензии у беременных / В. С. Чулков // ScienceRise. – 2015. – Т. 1, № 3 (6). – С. 12–15. – DOI: 10.15587/2313-8416.2015.36015.

УДК 616.127-07:616.124.2

Л. И. Друян¹, Т. В. Кожемякина²

¹ Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

² Учреждение здравоохранения «Гомельская университетская клиника-областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны»

г. Гомель, Республика Беларусь

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЗАДНЕДИАФРАГМАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОРМАТИВНОГО ОБРАЗЦА.

Введение

В 2022 году нами разработан и опубликован нормативный образец электрокардиограммы (ЭКГ), зарегистрированной по методике Слопака – Партилле [4] у 33 здоровых лиц, так как в доступной литературе детальное описание таких ЭКГ отсутствовало (рис. 1). В настоящем исследовании обследованы пациенты с инфарктом миокарда в заднедиафрагмальной области, поступившие в реабилитационное кардиологическое отделение в подостром или раннем постинфарктном периоде. Сделана попытка определения диагностической ценности нормативного образца путем сравнения его показателей с таковыми при инфаркте миокарда.