

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

МИКИТЮК А.В., СКУРАТОВА Н.А., ФЕДОРОВА В.В.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель. Беларусь

**Введение.** Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают ведущее место в структуре заболеваемости среди детей. За последние 40 лет структура ССЗ в детском и подростковом возрастах претерпела существенные изменения, увеличился удельный вес болезней неревматического происхождения. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) – метод оценки суточного ритма АД, позволяющий выявить у детей повышенные или пониженные цифры АД на фоне развития заболеваний, в том числе артериальной гипертензии. Важным является изучить состояние некоторых параметров СМАД у детей при различных типах ССЗ.

**Цель.** Установить особенности параметров суточного мониторирования артериального давления у детей с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

**Материал и методы.** На базе кардиологического отделения Гомельской областной детской клинической больницы обследованы 103 ребенка в возрасте от 8 до 16 лет, из них: 58 (56,3%) мальчиков и 45 (43,7%) девочек. В зависимости от профиля ССЗ дети были разделены на 5 основных групп: 1 группа – дети с малыми аномалиями развития сердца (МАРС) составили 16 человек, 2 группа – дети с врожденными пороками сердца (ВПС) составили 11, 3 группа – дети с нарушениями ритма сердца (НРС) составили 25, 4 группа – дети с вегетативной дисфункцией (ВД) составили 29, 5 группу составили дети с артериальной гипертензией АГ – 22 ребенка. Наряду с клиническим обследованием всем детям проводилось СМАД. Оценивались следующие параметры АД за сутки: значения систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД), а также суточный индекс (СИ). В зависимости от величины СИ выделяли следующие группы пациентов: с нормальным снижением АД в ночное время («диппер»), с отсутствием снижения АД в ночное время («нон-диппер»), с повышенным снижением АД в ночное время («овердиппер») и с подъемом АД в ночное время («ночная АГ» или «найт-пикер»).

**Результаты.** При анализе результатов СМАД у детей 1 группы нормотензия САД зарегистрирована у 12 (75%), стабильная гипертензия САД выявлена у одного ребенка, что составило 6,25%, лабильная АГ – у 1 (6,25%) человека, лабильная гипотензия САД выявлена у 2 (12,5%) детей. По степени снижения САД в ночное время дети «дипперы» составили 12 (75%) человек, «нон-

дипперы» – 4 (25%) лиц. По степени снижения ДАД «дипперы» составили 13 (81,25%) пациентов, дети с избыточным снижением ДАД («овердиппер») – 3 (18,75%) ребенка. У детей 2 группы нормотензия САД зарегистрирована у 7 детей (63,6%), стабильная гипертензия САД выявлена у 2, что составило 18,2%, лабильная – у 2 (18,2%) лиц. Дети с достаточным снижением САД в период сна («диппер») составили 8 (72,7%) человек, пациенты с недостаточным снижением САД («нон-диппер») – 2 (18,2%) человека, с ночной АГ – 1 (9,1%) ребенок. По степени снижения ДАД в ночное время дети «дипперы» составили 8 (72,7%) человек, дети «нон-дипперы» – 3 (27,3%) ребенка. У детей 3 группы нормотензия САД зарегистрирована у 16 детей (64%), стабильная гипертензия САД выявлена у 2, что составило 8%, лабильная – у 4 (16%) детей, лабильная гипотензия САД выявлена у 3 (12%) детей. По степени снижения САД «дипперы» составили 14 (56%) человек, «нон-дипперы» – 10 (40%) детей, «найт-пикеры» – 1 (4%) ребенок. По степени снижения ДАД «дипперы» составили 18 (72%) лиц, «нон-дипперы» и «овердипперы» – 2 (8%) и 5 (20%) детей соответственно. У детей 4 группы нормотензия САД зарегистрирована у 16 детей (55,2%), стабильная АГ САД выявлена у 3 (10,35%) человек, лабильная АГ САД – у 5 (17,2%) лиц, лабильная гипотензия САД установлена у 3 (10,35%) детей, стабильная гипотензия САД – у 2 (6,9%) человек. Достаточное снижение САД в ночное время установлено у 20 (69%) детей, недостаточное снижение САД – у 8 (27,6%) лиц, избыточное снижение САД выявлено у 1 (3,4%) ребенка. Достаточное снижение ДАД ночью установлено в 17 (58,6%) случаях, недостаточное – у 6 (20,7%) лиц, избыточное снижение ДАД – в 6 (20,7%) случаях. У детей 5 группы по данным СМАД нормотензия САД зарегистрирована у 8 детей (36,35%), стабильная АГ САД выявлена у 6 (27,3%) детей, лабильная АГ САД – у 8 (36,35%) пациентов. В зависимости от значений СИ САД «дипперы» составили 21 (95,5%) человек, «нон-дипперы» – 1 (4,5%) ребенок. По степени снижения ДАД выявлено 12 (54,5%) детей с достаточным снижением ДАД в ночное время, 6 (27,3%) детей с недостаточным снижением ДАД и 4 (18,2%) ребенка с избыточным снижением ДАД.

**Заключение.** 1. По данным СМАД для детей с МАРС и детей ВПС характерна нормотензия САД с достаточным снижением САД и ДАД в период сна. 2. У детей с НРС преобладали пациенты с

---

нормальным САД на фоне нормального и недостаточного снижения САД, а также с достаточным снижением ДАД в ночной период. 3. У детей с ВД преобладала нормотензия САД на фоне нормального снижения систолического давления в период сна, однако у 1/3 пациентов данной группы выявлены лабильная и стабильная гипотензия САД,

у половины лиц ночью зарегистрировано недостаточное и избыточное снижение ДАД. 4. Среди детей с АГ доминировали лица с лабильной и стабильной АГ САД при нормальном снижении систолического АД, а также недостаточного и избыточного снижения диастолического АД в ночное время.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПОВ ГЕОМЕТРИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА**

**МУРАТНАЗАРОВА Н.А., ЧАРЫЕВ Х.Э.**

*Государственный медицинский университет Туркменистана;  
Научно-клинический госпиталь с центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан*

**Цель работы.** Разработать и внедрить комплекс мероприятий по прогнозированию, ранней диагностике и лечению преэклампсии на фоне артериальной гипертензии, что улучшит исходы беременности и родов, состояние новорожденных у данного контингента женщин.

**Материал и методы.** Проведен клинико-статистический анализ течения беременности и родов у 356 женщин, которые были распределены по группам в соответствии с видами артериальной гипертензии: беременные с хронической артериальной гипертензией (ХАГ) – 109, с преэклампсией (ПЭ) – 48, с преэклампсией на фоне хронической артериальной гипертензии (ХАГ+ПЭ) – 92, с гестационной артериальной гипертензией (ГАГ) – 56, беременные с физиологической беременностью (ФБ) – 51, составившие контрольную группу.

Методы исследования: клинико-статистический, эхокардиографическое исследование, суточное Холтеровское ЭКГ-мониторирование, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), ультразвуковое доплерометрическое исследование маточно-плодово-плацентарного кровотока, биохимические исследования (мочевая кислота крови), морфологическое исследование плаценты.

**Результаты.** Нами проводился сравнительный анализ зависимости различных вариантов геометрии левого желудочка сердца (ЛЖ) в группах пациенток с гипертензивными нарушениями и их связь с осложнениями беременности. Анализ эхокардиографических показателей беременных с осложненным течением беременности в зависимости от коэффициента диспропорциональности массы миокарда левого желудочка (КД) показал

достоверно большие значения систолического и диастолического АД, ЧСС и ИМТ, сохраняющиеся на протяжении II и III триместров беременности при КД выше 128 %.

При КД выше 128 определяли тип геометрии ЛЖ. Вариант концентрической гипертрофии ЛЖ определял одинаково высокую частоту диастолической дисфункции ЛЖ при различных вариантах гипертензивных нарушений – 51,9% в среднем во II триместре и более чем каждую вторую пациентку с сочетанными гипертензивными нарушениями (62,5%) в III триместре.

Концентрическая гипертрофия ЛЖ определяла высокую частоту неблагоприятных исходов беременности (преждевременные роды, задержка развития плода) у беременных с ПЭ на фоне АГ. Задержка развития плода в присутствии концентрической гипертрофии ЛЖ определялась у 62,5% пациенток с ПЭ на фоне АГ, что в два раза больше, чем у пациенток с другими видами АГ (33,3%). Частота преждевременных родов также оказалась большей – практически в полтора раза – у пациенток с ПЭ на фоне АГ (43,8 против 33,3%) при данной геометрической модели. Проведенные исследования подтверждают влияние модели концентрической гипертрофии ЛЖ на развитие неблагоприятных исходов беременности – маловесность, ранний гестационный возраст при рождении.

**Заключение.** Полученные данные позволяют рассматривать концентрическую геометрию ЛЖ не только как фактор риска гестационной гипертензии, но и как предиктор тяжелых перинатальных осложнений.