

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.