

treatment. In our study, we presented unique cases of HPV-associated HSIL CIN 2–3 in young women diagnosed with cancer elsewhere.

Keywords: cervical cancer, human papillomavirus, CIN, HSIL, conization, colon adenocarcinoma, palatal carcinoma.

Поступила 26.09.2025

УДК 618.3-06:616.127-005.8

<https://doi.org/10.63030/2307-4795/2025.18.A.21>

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ У ПАЦИЕНТКИ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Михалевич С.И.¹, Недень Л.Ч.², Рубахова Н.Н.³,
Лемешевская Т.В.³, Креер С.А.¹

¹ Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»,

² Министерство здравоохранения Республики Беларусь,

³ Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»,
г. Минск, Республика Беларусь

Резюме. В современной медицине врачи-акушеры-гинекологи сталкиваются с коморбидными заболеваниями у пациентов, которые нуждаются в динамическом наблюдении и лечении врачей различных специальностей. Успешное завершение беременности у данных женщин будет зависеть от преемственности в работе врачей. В статье представлен клинический случай инфаркта миокарда во время беременности, особенностях ведения пациента, которые способствовали пролонгированию беременности и рождению доношенного ребенка.

Ключевые слова: беременность, инфаркт миокарда, акушерство, кесарево сечение.

Экстрагенитальные заболевания играют ведущую роль среди причин материнской заболеваемости и смертности. Острый инфаркт миокарда (ОИМ), который развивается во время беременности, является грозным осложнением. Несмотря на то, что это редкая патология, тем не менее характеризуется высокой материнской и неонатальной смертностью. Среди более чем 43 миллионов пациентов данная патология выявлена у 3786 (8,7 на 100 тыс. беременных), при этом в 86 % случаев ОИМ развивался в дородовом периоде [1]. При анализе показателя материнской смертности при ОИМ отмечается около 7 % [2]. Динамическое наблюдение и лечение беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) – сложная задача, так как на современном этапе нет данных рандомизированных многоцентровых клинических исследований в этой популяции пациентов. Рекомендации по лечению заболеваний беременных основаны на данных популяционных исследований, реестров и мнении экспертов. Также известно, что число ОИМ увеличилось за последние два десятилетия за счет прежде всего увеличения возраста беременной, достаточно высокой распространенности сердечно-сосудистых факторов риска, таких как артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет, ожирение и никотиновая интоксикация, курение вейпов. Известный факт, что беременность также признана фактором риска ОИМ, при этом во время беременности в 4 раза возрастает риск возникновения ОИМ по сравнению с небеременными женщинами аналогичной возрастной категории [3, 4, 5, 6]. Наиболее частыми причинами ОИМ, по данным литературных источников, являются спонтанная диссекция коронарной артерии (СДКА), которая составляет 27–43 %, атеросклероз составляет 27–40 %, затем тромбоз и эмболия КА без атеросклероза – 8–17 %, спазм КА в 2–5 % случаев. ОИМ во время беременности может проявляться в любом триместре, но максимальная заболеваемость приходится на III триместр и первые 6 недель после родов, особенно в раннем послеродовом периоде

[4, 5]. Также в различные триместры прослеживается связь с определенными факторами. Так, в I триместре чаще ОИМ на фоне атеросклероза, а в III триместре и послеродовом периоде на фоне СДКА. В 60 % случаев поражаемыми участками являются передняя стенка левого желудочка (ЛЖ) [4–8]. В статье приводится описание клинического наблюдения инфаркта миокарда у женщины во время беременности, анализируются особенности клинико-анамнестической картины патологии, подходы к терапии.

Пациент В., 36 лет. В анамнезе перенесла простудные заболевания, острое нарушение мозгового кровоснабжения (ОНМК) в 2021 году, аллергий не было, трансфузиологический анамнез не отягощен, черепно-мозговых травм не было. Менструации с 13 лет, установились сразу, по 4 дня, через 28 дней, регулярные, безболезненные. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (ОАГА): дисплазия шейки матки 1 степени, преждевременные роды в сроке 30 недель. Описание беременностей: в 2014 году преждевременные роды, вес новорожденного 1380 г. Сопутствующие заболевания: хронический тонзиллит, носительство генетических аллельных полиморфизмов предрасположенности к тромбофилии умеренного риска в гомо- и гетерозиготном состоянии: F1, FGG, F11, PAI-1, VEGF, EPO, eNOS (G894 T), PRAD, MTHFR, MTR. Операции: аппендэктомия в 2002 году.

В 14 недель беременности направлена из женской консультации с диагнозом «Дистония неуточненная. Панические атаки. Беременность 14 недель без угрозы прерывания» в стационар. При поступлении в отделение реанимации учреждения здравоохранения (УЗ) «4-я городская клиническая больница имени Н.Е. Савченко» предъявляла жалобы по типу ангинозных болей, со слов пациента в анамнезе имели место панические атаки, по назначению невролога принимала адаптол ситуационно. При обследовании на момент поступления общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), гемостазиограмма, включая д-димеры в норме. Тест на коронавирус отрицательный. Подозрение на инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка по данным электрокардиографии (ЭКГ), а затем анализы на кардиомаркеры с 0,22 нг/мл до 6,01 нг/мл в течение суток, в биохимическом анализе крови (БАК) креатинкиназа от 50,8 Е/л до 1024,45 Е/л, МВ креатинкиназа от 17,22 Е/л до 145,53 Е/л в течение суток. Выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) сердца: аорта не расширена, аортальный клапан не изменен, митральная регургитация 2 степени, триkuspidальная регургитация 1 степени, полости сердца не расширены, миокард не утолщен, гипокинез среднего сегмента задней стенки. Фракция выброса 62 % в М-режиме, 63 % в В-режиме. Перикард не изменен. Учитывая данные обследований, выстален диагноз: острый крупноочаговый инфаркт нижней стенки миокарда левого желудочка 07.02.2025. Беременность 14 недель. Хронический тонзиллит, носительство генетических аллельных полиморфизмов предрасположенности к тромбофилии умеренного риска в гомо- и гетерозиготном состоянии: F1, FGG, F11, PAI-1, VEGF, EPO, eNOS (G894 T), PRAD, MTHFR, MTR. Антифосфолипидный синдром (АФС) – ? Хроническая сердечная недостаточность, функциональный класс 2, Н1. Перенесенное острое нарушения мозгового кровоснабжения в 2021 году. Профиль артериального давления – от 110/70 до 115/80 мм рт. ст. Экстренный ультразвуковой скрининг брюшной полости и малого таза – без структурной патологии. Прогрессирующая беременность. Выполнены 08.02.25 коронарография и зондирование аорты. Выявлены тромботическая окклюзия в дистальном отделе и атеросклеротическая узурация контуров огибающей ветви левой коронарной артерии. Выполнены хирургические вмешательства: 08.02.25 первичное чрезкожное коронарное вмешательство (ПЧКВ). Эндоваскулярная балонная дилатация коронарных артерий (ЭБД). На контрольной ангиографии – оптимальный результат. Рекомендовано гепарин по 1 тыс. ЕД в час 24 часа, консультация гематолога, ревматолога, эндокринолога, невролога. Пациенту предложено прерывание беременности, от которого она отказалась. Рекомендовано на амбулаторном этапе провести врачебно-консультационную комиссию в женской консультации по окончанию острого периода инфаркта миокарда и направить в государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» (далее – РНПЦ «Мать и дитя») в сроке беременности 18–19 недель. ЭКГ от 13.02.25 – ритм синусовый. Рубцовые изменения в миокарде нижней стенке левого желудочка. Пациенту

при выписке назначен фрагмин 5 тыс. МЕ 2 раза в сутки, метопролол 12,5 мг 2 раза в сутки под контролем частоты сердечных сокращений не ниже 55 ударов в минуту, аспикард 75 мг в сутки ежедневно, препараты магния курсами до 36 недель беременности. Пациент переведен в кардиологическое отделение указанного учреждения здравоохранения. 14.02.25 антитромбин III – 80,31 %, волчаночный антикоагулянт – 1,14, протеин С – 109,98 %, протеин S – 61 %. Обследована ревматологом – данных о наличии АФС не получено. Согласован перевод беременной в РНПЦ «Мать и дитя». С 20.02.25 по 07.03.25 находилась на лечении в отделении патологии № 1. Учитывая данные анамнеза, согласно постановлению № 88 от 10.12.14 Министерства здравоохранения Республики Беларусь, женщине предложено прерывание беременности по медицинским показаниям со стороны матери (п. 7.4.1), от которого получен письменный отказ. Проведена беседа о возможных рисках для текущей беременности, плода, здоровья женщины. Учитывая отказ пациента от прерывания беременности, рекомендовано: фраксипарин 0,6 мл подкожно 2 раза в день под контролем коагулограммы, антиХа-активности, д-димеров, с возможной коррекцией дозы, с антиагрегантной целью – аспикард 75 мг в сутки, метопролол 25 мг 2 раза в день, дообследование на АФС, наследственные тромбофилии, консультация гематолога. УЗИ плода от 05.03.25 18 недель и 6 дней. ВПС не выявлено. Исследование на полиморфизм генов F5, F2 не выявлены. Обследование на АФС-антитела к кардиолипину IgG, M, бета-гликопротеину 18, 26 и 2 соответственно. Д-димеры 0,44. Коагулограмма, ОАМ, ОАК, антитромбин III, тропонин I, посевы из влагалища, мочи, УЗИ вен нижних конечностей в норме. Женщина в удовлетворительном состоянии переведена для реабилитации в УЗ «4-я городская клиническая больница имени Н.Е. Савченко». После реабилитации женщина наблюдалась в УЗ «4-я женская консультация». Направлена на плановую госпитализацию в РНПЦ «Мать и дитя» в 27 недель беременности. Пациент обследован по протоколу Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 17 от 19.02.2018. Кардиотокография (КТГ) в норме. При УЗИ выявлена истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), учитывая преждевременные роды в анамнезе, наличие 1 степени чистоты влагалища, получение согласия пациентки введен акушерский разгрузочный пессарий, который введен без осложнений. Проведена терапия, направленная на пролонгирование беременности. Беременная принимала фраксипарин 0,6 мл 2 р в день подкожно ежедневно, ацетилсалициловая кислота 75 мг в сутки, метилпропролол 25 мг 1 т 2 раза в сутки, папаверин 2,0 внутримышечно при наличии болей внизу живота, курс дексаметазона.

25.05.25 по 10.06.25 беременная находилась на плановой госпитализации в РНПЦ «Мать и дитя» в сроке беременности 30–31 неделя. КТГ в норме ежедневно. Профиль артериального давления от 110/80 мм рт. ст. до 115/80 мм рт. ст. Продолжен прием фраксипарина 0,6 мл 2 р в сутки ежедневно, метилпропролола 25 мг 2 раза в сутки, ацетилсалициловой кислоты 75 мг в сутки, санация влагалища румизолом 2 раза в неделю. Наблюдение кардиолога. По данным ЭКГ – изменения в миокарде левого желудочка. ЧСС 85 в минуту. Ритм синусовый. УЗИ сердца – незначительные нарушения локальной сократимости левого желудочка. Функция миокарда левого желудочка удовлетворительная. Фракция выброса 66 % в М-режиме, 62 % в В-режиме. Все клинико-лабораторные исследования в пределах физиологической нормы во время беременности. Рекомендована плановая госпитализация по показаниям и в 36 недель беременности в РНПЦ «Мать и дитя».

Планово поступила беременная в отделение экстрагенитальной патологии РНПЦ «Мать и дитя» 10.07.2025. Состояние при поступлении удовлетворительное. Жалоб не предъявляла.

Диагноз: беременность 36 недель (254 дня), головное предлежание. ИЦН смешанного генеза (коррекция РАП от 14.05.25). ОАГА (преждевременные роды в 30 недель в анамнезе, дисплазия шейки матки – состояние после РВК от 12.2023). ИБС: постинфарктный кардиосклероз (крупноочаговый инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка от 07.02.2025. Состояние после ПЧКВ от 08.02.2025, ЭБД. Недостаточность МК с МР 2. Носительство генетических аллельных полиморфизмов предрасположенности к тромбофилии умеренного риска в гомо- и гетерозиготном состоянии: F1, FGG, F11,

PAI-1, VEGF, EPO, eNOS (G894 T), PRAD, MTHFR, MTR. Состояние после перенесенного ОНМК в 2021 году, Н0. Хронический тонзиллит, ремиссия.

При УЗИ плода: предполагаемый вес плода – 3010–3550 г., нарушение маточно-плодово-плацентарного кровотока 1А степени. По данным кардиотокографии состояние плода удовлетворительное. АД в пределах 120/70–125/80 мм рт. ст.

Креатинкиназа МВ от 12.07.25 – 10 Е/л, от 14.07.25 – 8 Е/л. Креатинкиназа от 12.07.25 92 Е/л, а 14.07.25 – 69 Е/л. МНО от 10.07.25 – 0,84, фибриноген –6, 32 г/л. АЧТВ – 21,9 сек, ПВ – 10 сек, биохимический анализ, общий анализ крови, общий анализ мочи в пределах нормы. Осмотрена кардиологом.

Беременной назначены: диавитол 10,0 на физиологическом растворе 100,0 внутривенно капельно ежедневно, пирацетам 5,0 внутривенно фракционно 1 раз в сутки ежедневно. Фрагмин 5 тыс МЕ 2 раза в день подкожно через 12 часов. Метопролол 25 мг по 1 таблетке утром и вечером под контролем АД, ЧСС, пульса. Контроль клинико-лабораторных исследований, КТГ пониторинг, УЗИ и ДПМ.

Учитывая экстрагенитальную патологию (ИБС: постинфарктный кардиосклероз (крупноочаговый инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка от 07.02. 2025. Состояние после ПЧКВ от 08.02.2025, ЭБД. Недостаточность МК с МР 2). Консилиумом решено родоразрешение проводить путем оперативного родоразрешения – кесарева сечения. С целью профилактики тромбоэмбологических осложнений продолжить фрагмин 5 тыс. МЕ 2 раза в день подкожно через 12 часов, с отменой за 12 часов до операции. Предоперационная антибиотикопрофилактика – цефазолин 2,0 внутривенно за 30 минут до операции.

15.07.25 родилась живая, доношенная девочка, массой 3070 г, длиной 49 см, с оценкой по шкале Апгар 8 и 8 баллов, закричала сразу. Продолжительность операции 46 минут. Кровопотеря составила 700,0 мл. После операции назначена антибактериальная терапия, учитывая характер соскоба. Послеродовый период протекал без осложнений. УЗИ органов малого таза трансабдоминально – эхопризнаки послеоперационного послеродового периода на 7 сутки. Рубец без особенностей.

Заключение. Анализируя литературные данные и представленное клиническое наблюдение, пришли к выводу, что благодаря преемственности в работе акушеров-гинекологов, кардиологов, кардиохирургов, врачей ультразвуковой диагностики и функциональной диагностики и проведением целого комплекса профилактических и лечебных мероприятий беременность у данной женщины успешно завершена. Такие пациенты требуют дальнейшего диспансерного наблюдения у специалистов амбулаторного звена.

Литература

1. Tripathi, B. Trends in Incidence and Outcomes of Pregnancy-Related Acute Myocardial Infarction (From a Nationwide Inpatient Sample Database) / B. Tripathi, V. Kumar, A. Pitiliya, S. Arora, P. Sharma, M. Shah, V. Atti, P. Ram, B. Patel, N.J. Patel, A. Tripathi, S. Savani, E. Wojtaszek, T. Patel, A. Deshmukh, V. Figueiredo, R. Gopalan // Am J Cardiol. – 2019;123(8): 1220–7. – <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2019.01.030>.
2. Elkayam, U. Pregnancy- associated acute myocardial infarction: a review of contemporary experience in 150 cases between 2006 and 2011 / U. Elkayam, S. Jalnapurkar, M.N. Barakkat, N. Khatri, A.J. Kealey, A. Mehra, A. Roth // Circulation. – 2014;129(16): 1695–702. – <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.113.002054>.
3. Gedeon, T. Acute myocardial infarction in pregnancy / T. Gedeon [et al.] // Curr. Probl. Cardiol. – 2022. – Vol. 47. – № 11. – Article ID 101327.
4. Gibson, P. Incidence of myocardial infarction in pregnancy: a systematic review and meta-analysis of population-based studies / P. Gibson [et al.] // Eur. Heart J. – 2017. – Vol. 3. – № 3. – P. 198–207.
5. O’Kelly, A. Acute coronary syndrome in pregnancy and the post-partum period / A. O’Kelly [et al.] // J. Cardiovasc. Dev. Dis. – 2022. – Vol. 9. – P. 198.
6. Roth, A. Acute myocardial infarction associated with pregnancy / A. Roth, U. Elkayam // J. Am. Coll. Cardiol. – 2008. – Vol. 52. – № 3. – P. 171–180.
7. James, A.H. Acute myocardial infarction in pregnancy: a United States population-based study / A.H. James [et al.] // Circulation. – 2006. – Vol. 113. – № 12. – P. 1564–1571.
8. Smilowitz, N. Acute Myocardial Infarction during pregnancy and puerperium in the United States / N. Smilowitz [et al.] // Mayo Clin. Proc. – 2018. – Vol. 93. – № 10. – P. 1404–1414.

A CLINICAL CASE OF PREGNANCY IN A PATIENT WITH A MIRROR ARRANGEMENT OF ORGANS

Mikhalevich S.I.¹, Neden L.C.², Rubakhova N.N.³, Lemeshhevskaya T.V.³, Kreyer S.A.¹

¹ Belarusian State Medical University,

² Ministry of Health of the Republic of Belarus,

³ Republican Scientific and Practical Center «Mother and Child»,
Minsk, Republic of Belarus

In modern medicine, obstetrician-gynecologists face comorbid diseases in patients who require dynamic monitoring and treatment by doctors of various specialties. The successful completion of pregnancy in these women will depend on the continuity of medical care. The article presents a clinical case of myocardial infarction during pregnancy, as well as the management features that contributed to the prolongation of pregnancy and the birth of a full-term baby.

Keywords: pregnancy, myocardial infarction, obstetrics, caesarean section.

Поступила 30.09.2025

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Государственное учреждение
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
«МАТЬ И ДИТЯ»

СОВРЕМЕННЫЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ
В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ
ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ

Основан в 2008 году

Выпуск 18

Минск
2025