

Заслуживает внимания предложение Н. Степаненко в «Медицинском вестнике» о создании Фонда христианской медицины — добровольного светского объединения медиков, священнослужителей, деятелей науки, культуры, образования, бизнеса, производства. Оно бы занялось возрождением этики и культуры здоровья, семейного уклада, разработкой и внедрением проектов, основанных на требованиях медицины и религиозной морали [2].

Общество стало очень жестким, меркантильным, не осталось святых. Наблюдается общее падение морали и нравственности. Когда в обществе преувеличена роль денег, то оно не нормально.

Говоря о культуре чувств и мышления врача, необходимо отметить, что культурный потенциал в любой деятельности осуществляется в единстве с принципами психотерапии. И если последние являются мощным рычагом совершенствования эмоциональной и рациональной культуры врача, то его общая культура — мощный стимул реализации психотерапии [5].

В нашем городе есть все возможности для реализации эстетических потребностей и повышения культурного уровня. Великолепный дворцово-парковый ансамбль, музеи: краеведческий, города, военной славы и филиал Ветковского (народного творчества). Работают областной драматический, молодежный и кукольный театры. Слух меломанов улаживают симфонический оркестр г. Гомеля; камерный, эстрадный и духовой оркестры, камерный хор филармонии. Для визуалистов — художественная галерея Г. Ващенко. В 2010 г. любители изобразительного искусства могли побывать на выставке «Карнавал» известного и за пределами республики А. Смоляка и экспозиции работ И. Айвазовского.

Активно работает областная филармония. Благодаря ей гомельчане смогли впервые познакомиться с творчеством В. Спивакова и его «Виртуозами Москвы», немецким оркестром Г. Миллера и Венским оркестром фестивалей Штрауса, «Тенорами XXI века», поэтот Е. Евтушенко. С вводом реконструированного зала дворца культуры железнодорожников возможности приглашения носителей подлинных культур и искусства расширятся.

Государства не могут существовать без опоры на культуру. В заявлениях мировых лидеров о модернизации отсутствует слово К. Возвращение нравственных ценностей — важнее всевозможных инноваций и модернизаций. На духовности и морали может базироваться все остальное. Духовный голод, который мы все чаще забываем утолять, страшнее телесного.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамов, Б. Э.* Преодоление стресса А. С. Пушкиным в деревне Болдино / Б. Э. Абрамов, В. А. Подолько // Актуальные проблемы медицины: сб. науч. ст. Респ. науч.-практ. конф. и 19-й итоговой научной сессии, Гомель, 23–24 фев. 2010 г.: в 4 т. / Гомельский гос. мед. ун-т; редкол.: А. Н. Лызиов [и др.]. — Гомель, 2010. — Т. 1. — С. 9–10.
2. *Мишурный, А.* Летописец жизненных столкновений / А. Мишурный // Медицинский вестник. — 2010. — № 24. — С. 8
3. Советский энциклопедический словарь / Науч.-ред. совет: А. М. Прохоров (пред.), М. Г. Гилеров, Е. М. Жуков [и др.]. — М.: Советская энциклопедия, 1980. — С. 513–677.
4. *Фраккароли, А.* Россини / А. Фраккароли. — М.: Правда, 1990. — С. 248–373.
5. *Ялом, И.* Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом // Пер. с англ. Т. С. Дабкиной. — М.: Независимая фирма «Класс», 2000. — 576 с.

УДК 616.124.2:616.12-008.331.1

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧАСТОТЫ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА РАННИХ СТАДИЯХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Алейникова Т. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Распространенность артериальной гипертензии (АГ) одинакова среди мужского и женского населения 20–69 лет: ею страдает каждый 5-й мужчина и каждая 5-я женщина.

Ремоделирование сердца при АГ — один из этапов прогрессирования изменений сердца, следствием которого является формирование дисфункции левого желудочка (ЛЖ) и развитие сердечной недостаточности.

Ремоделирование ЛЖ сердца при артериальной гипертензии, возникающее в ответ на повреждающую перегрузку давлением и (или) объемом, включает в себя прогрессирующее увеличение массы миокарда, дилатацию полости, а также изменение его геометрических характеристик. Изучение этих процессов и инициируемых ими патогенетических механизмов имеет значение не только для дальнейшего прогресса кардиологии, но и для развития современных представлений о природе и механизмах кардиоваскулярной патологии [2, 4].

Признанной классификацией типов ремоделирования миокарда при АГ является классификация А. Ganao и соавт., которые выделяют: концентрическую и эксцентрическую гипертрофию ЛЖ, концентрическое ремоделирование и нормальную геометрию миокарда. Рядом авторов установлено, что ремоделирование ЛЖ, особенно его концентрические формы, повышает риск развития аритмий, в частности, пароксизмальной формы фибрилляции предсердий (ФП) у больных с АГ [1, 3].

В настоящее время для выявления ремоделирования миокарда наиболее часто используются двухмерная эхокардиография, магнитно-резонансная томография и радионуклидная вентрикулография. Появились данные и о возможности применения однофотонно-эмиссионной компьютерной томографии, так как этот метод позволяет одновременно оценить перфузию миокарда [5].

Цель работы

Определить частоту различных типов ремоделирования миокарда ЛЖ у больных эссенциальной АГ 1–2-й степени.

Материалы и методы

Было обследовано 85 человек с установленным диагнозом эссенциальной АГ 1–2-й степени. Средний возраст пациентов с АГ 1-й степени составил 30 ± 11 лет. Средний возраст пациентов с АГ 2-й степени составил 46 ± 19 лет. Всем пациентам была проведена эхокардиография (ЭхоКГ).

Результаты и обсуждение

Для определения типа ремоделирования миокарда ЛЖ на основании данных ЭхоКГ была рассчитана величина массы миокарда левого желудочка (ММ ЛЖ) [1, 2].

Для расчета ММ ЛЖ была использована формула *Penn Convention*, предложенная R. B. Devereux и N. Reichek:

$$\text{ММ ЛЖ} = 1,04 \times \{[\text{КДР} + \text{ТЗС ЛЖ} + \text{ТМЖП}]^3 - [\text{КДР}]^3\} - 13,6$$

На основании показателей относительной толщины стенки (ОТС) ЛЖ и индекса массы миокарда (ИММ) ЛЖ оценивали геометрическую модель ЛЖ.

При $\text{ИММ ЛЖ} \leq N$ и $\text{ОТС ЛЖ} < 0,45$ — нормальная геометрия ЛЖ.

При $\text{ИММ ЛЖ} \geq N$ и $\text{ОТС ЛЖ} < 0,45$ — эксцентрическая гипертрофия ЛЖ (ЭГЛЖ).

При $\text{ИММ ЛЖ} \geq N$ и $\text{ОТС ЛЖ} > 0,45$ — концентрическая гипертрофия ЛЖ (КГЛЖ).

При $\text{ИММ ЛЖ} \leq N$ и $\text{ОТС ЛЖ} > 0,45$ — концентрическое ремоделирование ЛЖ (КРЛЖ).

В таблице 1 представлена частота различных типов ремоделирования миокарда ЛЖ у больных АГ 1–2-й степени.

Как видно из таблицы 1, в группе с АГ 1-й степени преобладала нормальная геометрия миокарда — 52,6 %.

Частота концентрических типов ремоделирования оказалась равной и составила: КРЛЖ — 13,15 % и КГЛЖ — 13,15 %. Частота ЭГЛЖ составила 21,1 %.

Таблица 1 — Частота различных типов ремоделирования миокарда ЛЖ у больных артериальной гипертензией 1–2-й степени

	Типы ремоделирования			
	нормальная геометрия ЛЖ	ЭГЛЖ	КГЛЖ	КРЛЖ
АГ 1-й степени	52,6 %	21,1 %	13,15 %	13,15 %
Мужчины	16	7	4	4
Женщины	4	1	1	1
АГ 2-й степени	19,1 %	46,8 %	27,7 %	6,4 %
Мужчины	4	9	8	0
Женщины	5	13	5	3

Разнонаправленные изменения, выявленные у больных артериальной гипертензией 1-й степени с достоверно малым сроком заболевания, указывают на неоднородность этой группы по составу. Это позволяет предположить, что нормальный тип геометрии миокарда ЛЖ является начальным в ряду ремоделирования ЛЖ и затем может развиваться по одному из обозначенных типов ремоделирования миокарда. В исследованной группе больных — это, прежде всего ЭГЛЖ, затем, в равной степени — КРЛЖ и КГЛЖ.

В группе больных АГ 2 степени преобладающее большинство составили пациенты с ЭГЛЖ — 46,8 %. КГЛЖ была диагностирована в 27,7 % случаев. Концентрическое ремоделирование (КРЛЖ) имело место в 6,4 %. Нормальная геометрия была подтверждена только у 19,1 % больных.

Выводы

1. Абсолютное большинство пациентов с АГ 1-й степени имеют нормальную геометрию ЛЖ, на втором месте — эксцентрическая гипертрофия ЛЖ.
2. У абсолютного большинства пациентов с АГ 2-й степени диагностирована эксцентрическая гипертрофия ЛЖ.
3. Концентрическая гипертрофия имеет худший прогноз по сравнению с эксцентрической гипертрофией.
4. Следующее место занимают больные с концентрическим ремоделированием, которые так же имеют большее количество осложнений, чем больные с нормальной геометрией ЛЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ремоделирование левого желудочка сердца и реакция гемодинамики на дозированную ножную изометрическую физическую нагрузку у больных эссенциальной артериальной гипертензией / А. В. Грачев [и др.] // Кардиология. — 2001. — Т. 41. — № 9. — С. 64.
2. Иванов, А. П. Ремоделирование левого желудочка у больных артериальной гипертензией / А. П. Иванов, И. А. Выжимов // Клиническая медицина. — 2006. — Т. 84, № 5. — С. 38–41.
3. Ремоделирование и диастолическая функция левого желудочка сердца у больных с артериальной гипертензией (по материалам XXVII–XXI конгресса Европейского общества кардиологов) / А. И. Мартынов [и др.] // Кардиология. — 2001. — Т. 41, № 7. — С. 67–70.
4. Agabiti-Rosei, E. Hypertensive left ventricular hypertrophy: pathophysiological and clinical issues / E. Agabiti-Rosei, M. L. Muiesan // Blood Pressure. — 2001. — № 10. — P. 98–288.
5. Prognostic implications of left ventricular hypertrophy / B. Vakili [et al.] // American Heart J. — 2001. — № 141. — P. 334–341.

УДК 616.12-008.331.1:612.172.2:616.124.2

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Алейникова Т. В., Мистюкевич И. И., Малаева Е. Г., Цырульникова А. Н.

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

При гипертрофии миокарда левого желудочка (ГЛЖ) значительно повышается риск возникновения кардиоваскулярных осложнений, которыми, чаще всего, является