

Заключение

В результате проведенного исследования выявлено, что у пациентов с НАЖБП распространенность генотипа GG гена PNPLA3 статистически значимо выше, чем у здоровых лиц, что может свидетельствовать о существенной роли данного фактора в развитии и прогрессировании хронической патологии печени от стеатоза до цирроза печени.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Fasting, Nutrition and Weight Loss: An Approach to Refine Non-Alcoholic Fatty Liver Disease / G. A. Al-Samhari [et al.] // J Nutr Sci Vitaminol. – 2021. – № 6. – P.366–374.
2. From NAFLD to MAFLD: a “redefining” moment for fatty liver disease / KI Zheng [et al.] // Chin Med J (Engl). – 2020. – № 19. – P. 2271–2273.
3. Global perspectives on nonalcoholic fatty liver disease and nonalcoholic steatohepatitis / Z. Younossi [et al.] // Hepatology. – 2019. – № 6. – P. 2672–2682.
4. The I148M PNPLA3 polymorphism influences serum adiponectin in patients with fatty liver and healthy controls / Luca Valenti [et al.] // Gastroenterology. – 2012. – № 12. – P.111-114.
5. Суханова, Л. Л. Выявление полиморфизмов генов при неалкогольной жировой болезни печени у жителей Гомельской области. / Л. Л. Суханова, А. Л. Калинин, М. Н. Яцук // БГМУ в авангарде медицинской науки и практики : рецензир. ежегод. сб. науч. тр. : в 2 т. / М-во здравоохран. Респ. Беларусь, Бел. гос. мед. ун-т; редкол.: С. П. Рубникович, В. А. Филонюк. – Минск : ИВЦ Минфина, 2022. – Вып. 12. – Т. 2 : Фундаментальная наука – медицине. Фармация. – 260 с. : табл., ил. – С. 19-25.

УДК 616.12-008.313.315

Л. И. Друян

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

**НОВЫЙ ВАРИАНТ ПОДХОДА К КЛАССИФИКАЦИИ
СЕРДЕЧНЫХ БЛОКАД**

Введение

В имеющейся литературе [1, 2, 3, 4, 5 и др.], посвященной электрокардиографии, имеется двойственный подход в понимании антриовентрикулярной (АВ) и внутрижелудочковой проводимости, что создает терминологические противоречия, вносит разночтение в классификацию внутрисердечных блокад, создает трудности в преподавании электрокардиографии студентам и врачам-слушателям курсов повышения квалификации.

Цель

Предложить новый вариант классификации внутрисердечных блокад, базирующийся на электрофизиологическом понимании движения электрического импульса (ЭИ) от синусового узла (СУ) до миокарда желудочков. Мы полагаем, что он поможет устранить целый ряд противоречий, часть из которых будут рассмотрены в данной статье.

Материалы исследования и результат его обсуждения

Рассмотрим и сопоставим трактовки АВ и внутрижелудочковой проводимости, изложенные в ряде фундаментальных руководств по электрокардиографии, учебниках

и учебных пособиях. Так, в руководстве для врачей по электрокардиографии [5] в главе «Классификация нарушений внутрижелудочковой проводимости» приводится их деление на проксимальные (уровень ствола пучка Гиса) и дистальные (уровень ножек пучка Гиса). Далее в одной из заключительных глав «Нарушения внутрижелудочковой проводимости» указывается, что о ней можно говорить в тех случаях, когда «на ЭКГ должны отсутствовать признаки блокад ножек пучка Гиса», а «о нарушениях внутрижелудочковой проводимости говорят в тех случаях, когда на ЭКГ отмечается выраженная зазубренность комплекса QRS при достаточно большой амплитуде зубцов ЭКГ». Таким образом, в двух главах практически с одним названием приводятся противоположные определения внутрижелудочковой проводимости. В клинической практике именно наличие блокады ножек пучка Гиса считается нарушением внутрижелудочковой проводимости.

В учебном пособии [3] приводится классификация нарушений сердечной проводимости, где вообще не используется термин «внутрижелудочковая блокада». А после характеристики АВ-блокад следует глава, посвященная блокадам ножек пучка Гиса, при этом не говорится, что это внутрижелудочковые или АВ-блокады.

В практическом руководстве для врачей А.Н.Окорокова [4] указывается, что АВ-блокада I степени имеет три формы: узловую, предсердную и дистальную. Последнюю определяют как сочетание удлиненного интервала P-Q и деформированного уширенного комплекса QRS по типу блокады ножки пучка Гиса. Далее идет раздел внутрижелудочковых блокад, к которым относят блокады ножек пучка Гиса.

В учебном пособии А.П.Машкова [2] АВ-блокады так же делят на проксимальные, называя их низкими, подузловыми или внутрижелудочковыми. Обратите внимание, что в приведенных литературных источниках и во многих других одни и те же изменения ЭКГ в одних случаях называются АВ-блокадой, а в других – внутрижелудочковой блокадой.

Следует отметить, что в целом ряде литературных источниках [1] и др. атриовентрикулярный путь движения ЭИ рассматривается на протяжении от СУ до АВ-соединения включительно и на ЭКГ он так же отображен интервалом P-Q. Дальнейший путь движения ЭИ рассматривается как внутрижелудочковый, т. е. не атриовентрикулярный.

Такой двойственный подход к пониманию АВ-проводимости вносит разночтение в классификации атриовентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости, трудности в преподавании электрокардиографии, хотя для определения лечебных мероприятий в настоящее время это значения не имеет.

Таким образом, исходя из электрокардиографического понимания АВ-проводимости, данных внутрисердечной ЭКГ, электрокардиографическое заключение будет формироваться следующим образом:

– при АВ-блокадах I, II, III степенях – по классическому варианту, т. е. без изменений, но здесь важно отметить, что при полных АВ-блокадах дистального типа электрокардиографические признаки блокады левой или правой ножек пучка Гиса являются результатом не реальной блокады ножки, а функционирования гетеротопного водителя ритма, расположенного, например, в ножке пучка Гиса, когда деформация и уширение комплекса QRS происходит по механизму развития желудочковой экстрасистолы, а не по пути распространения волны возбуждения при полных блокадах ножек пучка Гиса;

– при блокадах ножек пучка Гиса, электрокардиографическое заключение может быть представлено, как АВ-блокада на уровне ножек пучка Гиса (левой, правой или их сочетания с учетом ветвей левой ножки пучка Гиса);

– при блокадах на уровне от волокон Пуркинье до конечных точек эпикарда она рассматривается как истинное нарушение внутрижелудочковой проводимости

СЕКЦИЯ

Внутренние болезни. Клиническая фармакология

– внутрижелудочковая блокада. На ЭКГ это представлено зазубренностью комплекса QRS в нескольких отведениях, кроме переходной зоны в грудных отведениях при его нормальной продолжительности (0,06-0,09 секунд) или небольшого уширения – до 0,11 секунды.

Заключение

Предлагается: классифицировать и обозначать блокаду ножек пучка Гиса, как атриовентрикулярную блокаду на уровне ножек пучка Гиса, не используя термин «внутрижелудочковая блокада».

Внутрижелудочковой блокадой считать замедление движения электрического импульса в миокарде на протяжении от волокон Пуркинье до эпикарда.

Классификацию нарушений сердечной проводимости можно представить в следующем варианте.

I. Синоатриальные блокады.

II. Атриовентрикулярные блокады:

1. АВ-блокада на уровне предсердий или внутрипредсердная блокада.

2. АВ-блокада на уровне АВ-узла, общего ствола пучка Гиса, трифасцикулярная блокада.

3. АВ-блокада на уровне ножек пучка Гиса.

III. Внутрижелудочковые блокады.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аксельрод, А. С. Холтеровское мониторирование ЭКГ: возможности, трудности, ошибки / А. С. Аксельрод, П. М. Чомахидзе, А. Л. Сыркин. – М., 2007. – С.30-50.
2. Мешков, А. П. Азбука клинической электрокардиографии : учеб. пособие. – Н. Новгород, 1998. – 150 с.
3. Мурашко, В. В. Электрокардиография / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – М., 2005.
4. Окорочков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. – Т. 10. Диагностика болезней сердца и сосудов. – М., 2005. – С. 96-323.
5. Орлов, В. Н. Руководство по электрокардиографии. – М., 2012. –528 с.

УДК: 616-00 Болезни. Общие вопросы

Е. М. Зайцев

Учреждение здравоохранения

«Ельская центральная районная больница»

г. Ельск, Гомельская область, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ЕЛЬСКОГО РАЙОНА

Введение

Проблематика влияния курения на развитие заболеваний сердечно-сосудистой системы является распространенным аспектом деятельности многих ученых из области медицины. Важно отметить, что после каждой выкуренной сигареты в организме человека повышаются уровень артериального давления и частота сердечных сокращений. Вещества табачного дыма вызывают дисфункцию эндотелия, способствуют образова-