

пословицы: *«Не копай другу ямы: сам в неё ввалишься»* или *«Не рой под людьми яму, сам ввалишься»* (там же, стр. 194, 657).

Часто книжный афоризм лишь перекликается с народной поговоркой, сложившейся независимо от него, и эта общность идеи способствовала усвоению переводного изречения. Так параллельны помыслы, хотя и не связаны по происхождению, следующие, например, пары: *«Не остави друга древняго, новый бо не будеть ему подобен»* - *«Старый друг лучше новых двух»*; *«Ни птицы упущены скоро можешу опять яти, ни слова из уст вылетевша възвратити можешу и яти»* – *«Слово не воробей: вылетит – не поймаешь»* и т.д. Во второй половине XII в. яркий пример встречи книжных афоризмов с «мирскими притчами» - народными поговорками – дало «Слово» Даниила Заточкина. С конца XVII в. многие книжные афоризмы сборников изречений, образцы которых идут с XI в., уже были записаны под названием «повести или поговорки всенароднейшие», которые «в народе издавна словом употреблялися».

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ АОРТАЛЬНОГО СЕНИЛЬНОГО СТЕНОЗА

Константинов Э.Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь.

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель – д. м. н., доцент В. А. Снежицкий

Аортальный сенильный стеноз – актуальная проблема современной геронтологии. По различным источникам, распространенность данного заболевания в разных возрастных группах колеблется от 39,5% в возрасте 60 – 69 лет до 73,3% в возрасте 80 лет и старше (Горохова С. Г. , 2005 г.). W. Aronow приводит данные о 100% выявлении аортального сенильного стеноза у стариков 100 лет и старше. В целом данная патология диагностируется у 8 – 9% обследуемых без ревматических пороков сердца, по данным БелМАПО

– у 2% всего населения. К сожалению, на данный момент многие вопросы этиологии, патогенеза и лечения данной патологии остаются малоизученными. Мы хотим представить вам основные направления, выработанные в настоящее время в терапии аортального сенильного стеноза.

Лечение больных с сенильным АС сегодня осуществляется согласно правилам ведения больных с приобретенными пороками сердца. В вопросах консервативного лечения выделяют несколько аспектов. Первый из них - профилактический. В этом направлении наметились пять путей. Все они находятся на этапе разработки. Первый и второй ориентированы на системную составляющую патогенеза и представляют собой создание специфических ингибиторов, соответственно, щелочной фосфатазы и остеопонтина. Пока не совсем понятно, как эти препараты будут тормозить эктопическую оссификацию, не нарушая нормальную репарацию костной ткани и функционирование гепатоцитов. Третий и четвертый пути направлены на клапанную составляющую. Это использование дифосфонатов, которые избирательно тормозят кальцификацию мягких тканей; отечественные препараты ксидифон, Амок и их зарубежный аналог этидрон используются в кардиохирургии для превентивной обработки био- и ксенопротезов. Еще одно направление клинических исследований - это использование статинов, которые, как показано, способны замедлить прогрессирование кальциноза. Последний путь, самый перспективный в силу своей доступности и большого ассортимента препаратов на лекарственном рынке - антагонисты кальциевых каналов. В многолетних исследованиях по сравнению нифедипина, эналаприла и атенолола, было отмечено достоверно меньшее распространение кальциноза клапанных структур у больных, получающих дигидропиридиновые производные по сравнению с двумя другими группами гипотензивных препаратов (ингибиторами АПФ и р-блокаторами). С сожалением надо отметить, что дальнейших

исследований различных групп антогонистов кальция, влияния их доз и длительности применения на течение аортального сенильного стеноза, не проводилось, и в целом профилактическому направлению уделяется недостаточное внимание. Второй аспект консервативного лечения – стандартная терапия ИБС и ХСН у больных с сенильным АС.

В заключение хотелось бы отметить, что в нашей клинике ГОКД планируется развивать именно профилактическое направление терапии больных с сенильным АС, о результатах будет доложено позже.

Литература:

1.Егоров И.В. Сенильный аортальный стеноз.//Кардиология.- 2001.- № 41(5).-С.89-93.

2.Горохова С.Г.,Аракелянц А.А.Кальциноз клапанов сердца-случайная находка или серьезный диагноз?//Тер.архив.-2005.-№ 4.- С.87-90.

3. Prendergast B.Degenerative Aortic Stenosis: Pathophysiological insights and the role of lipid lowering therapy.//Manchester, UK

АОРТАЛЬНЫЙ СЕНИЛЬНЫЙ СТЕНОЗ – ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ ИЗУЧЕНИЯ СЕРЬЕЗНОЙ ПРОБЛЕМЫ

Константинов Э.Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель – д. м. н., доцент В.А. Снежицкий

В современной медицине так же, как и несколько веков назад, существуют такие виды патологии, которым исследователи несправедливо уделяют мало внимания, часто принимая их за второстепенные, не имеющие главенствующего значения. На самом же деле при более пристальном взгляде оказывается, что проблема более чем серьезная, и нахождение путей ее решения – важнейшая медицинская задача. Одной из таких проблем, на которую многие