

ЕКСТРАЕЗОФАГЕАЛЬНІ ПРОЯВИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Л.Б. Винниченко (Суми)

Анатомічна близькість стравоходу та верхніх дихальних шляхів пояснює появу чисельних екстраезофагеальних симптомів (ЕС) гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ). Кислотний рефлюкс може досягати гортані та трахеї, викликаючи ларингіти, осиплість голосу, хронічний кашель, бронхіальну астму.

Мета: Вивчити частоту екстраезофагеальних проявів ГЕРХ у хворих з ерозивними та неерозивними езофагітами. МЕТОДИ анкетування хворих та ендоскопічного обстеження стравоходу застосовувались.

Результати: Серед 108 пацієнтів із ГЕРХ екстраезофагеальні прояви виявлені у 36, 4% з ерозивними езофагітами та у 33,2% з неерозивними формами. Наявність цих проявів корелювала із 1) терміном хвороби - пацієнти, які хворіли більше року мали ЕС в 1,2 рази частіше у порівнянні із хворими менше року; 2) віком пацієнтів - частота ЕС збільшується в 1,3 рази в кожній наступній віковій групі (проміжок 20 років) та 3) з важкістю езофагіту - хворі із езофагітом ступенів С та D за Лос-Анжелівською класифікацією мали ЕС в 1,4 рази частіше у порівнянні із менш агресивними формами езофагітів. Стать пацієнтів, факт паління не були факторами ризику у маніфестації ЕС ГЕРХ. Успішна початкова терапія ГЕРХ інгібіторами протонної помпи призводила до зникнення печії та ЕС у 84% протягом перших двох тижнів.

Висновок: Частота ЕС ГЕРХ, їх кореляція із ерозивними та неерозивними езофагітами вказує на необхідність розширення цілей та критеріїв патогенетичної терапії до контролю не тільки над печією, а й над ЕС.

ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

В.М. Сидельник (Харьков)

Хроническая красная волчанка (ХКВ) - аутоиммунное заболевание, характерной особенностью которого является гиперпродукция органоспецифических аутоантител широкого спектра. Поражение сосудов, в первую очередь коронарных и мозговых артерий, относится к числу наиболее тяжелых осложнений заболевания. К факторам, вызывающим подобные осложнения у больных ХКВ, относят раннее атеросклеротическое поражение сосудов. Целью настоящего исследования явилось изучение параметров липидного спектра (холестерин, триглицериды, холестерин-липопротеидные фракции, фосфолипиды и фосфолипидный состав липопротеидов высокой плотности) крови больных ХКВ,

Обследовано 32 больных ХКВ (9 мужчин и 23 женщины) в возрасте 21-45 лет, дискоидная форма дерматоза установлена у 14 пациентов, диссеминированная - 18. Повышенные уровни холестерина и холестерина липопротеидов низкой плотности выявлены у 40% больных, триглицеридов - у 30%, сниженный уровень холестерина липопротеидов высокой плотности - у 45% больных. Наряду с более низким содержанием холестерина липопротеидов высокой плотности отмечено снижение концентрации фосфолипидов липопротеидов высокой плотности. При анализе уровня липидов в зависимости от активности ХКВ выявлено увеличение концентрации триглицеридов, снижение уровня холестерина и фосфолипидов липопротеидов высокой плотности у больных диссеминированной ХКВ.

Таким образом, у 1/3 больных ХКВ наблюдается выраженная дислипидемия, более выраженная при увеличении активности заболевания.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДИЛАТАЦИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

*Н.Е.Мищук, Г.И.Колиушко, К.Ю.Киношенко, Л.Н.Никифорова,
К.Н.Ещенко, Н.Ф.Шустваль (Харьков)*

Цель исследования состояла в изучении эффекта длительного применения ингибиторов АПФ (ИАПФ) у больных инфарктом миокарда (ИМ) при их назначении в остром периоде заболевания.

Обследовано 73 больных, перенесших ИМ. На фоне комплексной терапии в первой группе (51 больной) с 1-го дня назначали ИАПФ (эналаприл), во второй группе (22 больных) в силу разных причин ИАПФ не применялись. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, факторам риска, топике ИМ. Всем больным проводилось клинико-лабораторное и инструментальное обследование (ЭКГ в динамике, ПКГ, ЭхоКС).

Установлено, что развитие острого ИМ сопровождалось возникновением систолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ) с дилатацией его полости в систолу и диастолу, снижением фракции выброса (ФВ) и ударного объема крови (УОК). У половины больных отмечено увеличение размеров левого предсердия (ЛП), что отражает сочетание систолической и диастолической дисфункции ЛЖ.

Спустя 1 год после выписки из стационара проведено анкетирование 42 больных: 27 пациентов 1-й группы и 15 больных 2-й группы для оценки результатов терапии и определения прогностических критериев неблагоприятного течения заболевания (летальный исход и нефатальный ИМ). Наиболее чувствительным и специфичным критерием неблагоприятного прогноза больных острым ИМ по данным ЭхоКС было расширение ЛП, которое наблюдалось у 100% умерших и у 85% всех лиц с неблагоприятным исходом.