

тельная аортальная недостаточность. У 1 больного - рецидивирующая ТЭЛА.

У всех больных рентгенологически отмечено кардиомегалия различной степени выраженности. У всех 11 больных, которым проведена двухмерная эхокардиография отмечено снижение фракции выброса от 45 до 35%. Средний конечнодиастолический размер левого желудочка (КДР) составил 6,8 см, а конечносистолический размер (КСР) - 5,6 см. У всех больных отмечена гипертрофия левого предсердия ($> 4,3$ см) и дилатация обоих желудочков.

Данные холтер-мониторинга (6 ч) в одном случае зарегистрировали пароксизм наджелудочковой тахикардии, в другом - пробежки желудочковой тахикардии, частые желудочковые и наджелудочковые экстрасистолы. Интересным является факт регистрации у всех больных повышенного протромбинового показателя (от 85 до 199%), а также у половины больных имела место гиперкалиемия.

Все больные получали традиционную симптоматическую терапию, направленную на уменьшение сердечной недостаточности в среднем продолжительностью 18 дней. Это диуретики, пролонгированные нитраты, сердечные гликозиды, ингибиторы АПФ, антиагреганты, метаболические средства. Отмечен положительный эффект у всех больных, подтверждением которого является снижение проявлений недостаточности кровообращения на 1 ступень.

К ВОПРОСУ О КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО МИОКАРДИТА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Лабза В.В., к.м.н., доцент кафедры терапии СумГУ

Исучено 7 случаев заболевания неревматическим миокардитом молодых женщин пролеченных в стационаре областного кардиодиспансера на протяжении одного года. Средний возраст больных 32 года.

Острое течение установлено в 3 случаях, подострое - у 3, хроническое в 1 случае. Очаговый миокардит диагностирован у 4 больных, диффузный - у 3. Средняя степень тяжести диагностирована у 3-х больных. Недостаточность кровообращения установлена у всех больных, из них I стадии - у 5, II A - у 2. Нарушение ритма установлено у 4 больных по типу синусовой тахикардии, желудочковой и наджелудочковой экстрасистолии, в одном случае - мерцательной аритмии. У одной больной регистрировалось нарушение функции проводимости - блокада правой ножки пучка Гисса. Всем больным проведено клиническое исследование крови, мочи, биохимический анализ крови, Ro-исследование органов грудной клетки, двухмерная эхокардиография и холтер-мониторинг (6 часов). Ускорение СОЭ отмечено у 3 больных (от 15 до 21 мм/час), замедление у 4 (от 3 до 7 мм/час), лейкопения отмечена в 1 случае, повышение ферментов крови - в 1 случае, дисглобулинемия в 1 случае. Рентгенологически гипертрофия левого желудочка диагностирована в 2 случаях.

Низкая фракция выброса (45%) зарегистрирована в 1 случае, у больной с хроническим течением миокардита, в остальных случаях она составила от 50 до 62%).

Все больные получали нестероидные противовоспалительные средства (индометацин, вольтарен от 75 до 100 мг в сутки), метаболические средства (аспаркам, рибоксин, витамины B6), 2-е больных принимали супрастин, 2-е - диазолин. Антиаритмики (ритмонорм, кордарон, тразикор) принимали 3-е больных. Дигоксин и гипотиазид получал 1 больной с мерцательной аритмией.

В результате проведенного лечения клинико-лабораторно-инструментальные показатели стабилизировались у 5 больных. Не достигнуто существенного эффекта у больной с хроническим течением заболевания и у больной с мерцательной аритмией. В обоих слу-

чаях имело место диффузное поражение миокарда.

Выгоды:

1. Неревматический, предположительно вирусный миокардит у молодых женщин протекает благополучно при очаговом поражении миокарда, с неосложненными проявлениями аритмий и НК I стадии.

2. Торпидным в отношении терапии является хроническое течение болезни, наличие мерцательной аритмии, частой желудочковой экстрасистолии, НК II A стадии при диффузном поражении миокарда.

3. Существенно значимых неспецифических лабораторных показателей воспаления не зарегистрировано у наблюдаемых больных.

4. Ультразвуковой метод диагностики информативен при диффузном поражении миокарда, гипертрофии стенок сердца.

5. Традиционная терапия очагового миокардита легкой степени эффективно в минимальные сроки (3 недели).

6. Целесообразно подключать подобного рода больным с хроническим течением болезни иммуностимулирующую терапию и пролонгированное амбулаторное лечение у врача-кардиолога.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ (РЕФЕРАТИВНЫЙ ОБЗОР)

Лаба В.В., к.м.н., доцент кафедры терапии СумГУ,
Мазурек А.В., студентка 304 гр., мед.фак.СумГУ

Регулярное лечение ГБ позволяет через 4-5 лет добиться снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) на 15-20%, частоты мозговых инсультов на 40-70%. Прогрессирование ГБ наблюдается в 10-12 раз реже среди регулярно леченых больных, чем среди нелеченных. Мало того, непрерывным условием лечения АГ должно стать убеждение