

ле и потенциально фатальные ее проявления, как ИМ. ХСН II-III ф.кл. (NYHA) и желудочковые нарушения ритма высоких градаций по Ryan имели сцепленность с СОАС только в возрастной группе старше 60 лет. Метаболические нарушения чаще встречается у пациентов ФП в старших возрастных группах (у 18% пациентов), ожирение (ИМТ>25) наблюдается у 25% больных с ФП.

Выводы: В пожилом и старческом возрасте распространенность хронической формы ФП выше у больных с АГ, избыточной массой тела и хронической СН и имеет гендерные различия. Так, у женщин этой возрастной группы при наличии коморбидного фона по заболеванию щитовидной железы чаще встречается пароксизмальная форма ФП, что требует выбора особой тактики их ведения. У больных ФП всех возрастов с АГ и метаболическими нарушениями при наличии СОАС клинические проявления ИБС, нефатальные ИМ и желудочковые нарушения ритма высоких градаций по Ryan встречаются чаще и возникают на более ранних сроках развития сердечно-сосудистой патологии.

Т.М. Алексеева, С.Б. Шустов, В.С. Демешонок

ВЕГЕТАТИВНО-ЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ МИОПАТИЯМИ

*Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия*

Идиопатические воспалительные миопатии (ИВМ) включают группу системных аутоиммунных заболеваний с преимущественным поражением поперечно-полосатой мускулатуры, вовлечением кожи при дерматомиозите, поражением нервной системы и менее выраженной висцеральной патологией. Основными представителями ИВМ являются полимиозит и дерматомиозит.

Как известно, в обеспечении нейроэндокринной регуляции основная роль принадлежит гипоталамо-гипофизарной системе мозга, которая, работая по принципу обратной связи, является в значительной степени саморегулирующей и реагирует на малейшие сдвиги во внутренней среде организма. Аутоиммунный процесс с соответствующими нарушениями регуляции иммунитета при ИВМ может быть предпосылкой для развития вегетативно-эндокринных нарушений. С другой стороны, нейроэндокринная дисфункция может быть фоном для развития иммунных расстройств с формированием аутоиммунного заболевания.

Целью исследования явилось изучение вегетативно-эндокринных расстройств у пациентов с ИВМ.

Материалы и методы. Исследование проведено у 255 пациентов с различными формами ИВМ, из них 192 женщины (75,3%) и 63 мужчины (24,7%), что соответствует данным литературы (1:3).

Диагноз был установлен в соответствии с результатами клинико-

неврологического, электрофизиологического исследований, а также биохимических и иммунологических показателей крови, характерных для ИВМ.

Результаты. В большинстве случаев вегетативно-эндокринные нарушения выражались в виде расстройства функции половых желез, которые имели место у 96 больных (37,6 %), в основном у женщин. Как правило, эти изменения проявлялись в нарушениях менструального цикла по типу дисменореи или аменореи. У 25 больных (9,8 %) имели место признаки дисфункции щитовидной железы в виде изменений по типу гипо- или гиперфункции. Ожирение адипозогенитального типа наблюдалось у 19 пациентов (7,5 %), по типу синдрома Иценко–Кушинга на фоне приема ГКС – у 8 больных (3,1 %). Не редко выявлялись эмоционально-личностные расстройства в виде астено-невротического синдрома с паническими атаками, тревожно-депрессивных состояний. У 16 пациентов (6,3 %) диагностированы сочетанные вегетативно-эндокринные расстройства.

Причинно-следственные связи между аутоиммунным процессом при ИВМ и нарушением функционирования гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системой у этих пациентов в настоящее время не уточнены, и это является предметом дальнейших исследований.

*Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Шестаковская Е.Е.,
Титов А.Г., Подлесских М.Н.*

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ФУНДОПЛИКАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЭРБ

*Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского, Россия, agtitov@mail.ru*

Цель исследования. Изучение эффективности эндоскопического бужирования с последующей лапароскопической фундопликацией при лечении пептических стриктур пищевода.

Материалы и методы. 186 б-х с пептическими стриктурами пищевода. Средний возраст - 52,6 лет. М/Ж =101/85. У 67% (124) выявлены аксиллярные грыжи ПОД, у 5% (9) – параэзофагеальные, кардиофундальные - у 3% (6).

В 11,3% (21/186) выполнена резекция пищевода. В 88,7% (165/186) – бужирование пищевода под эндоскопическим контролем. У 15 (8,1%) из 186 больных - дренирующие желудок операции (пилоропластика, гастродуоденостомия, гастроэнтеростомия дистальная резекция желудка). В 56,0% случаев (84/165) с целью профилактики рестеноза после бужирования проводилась только консервативная (в т.ч. антисекреторная) терапия. В 38,8% (66/165) случаев после бужирования пищевода была выполнена фундопликация: лапароскопическая –62,1% (41/66), «открытая» –37,9% (25\66). По Ниссену - 43, по Коллис-Ниссену – 2, по Тоупе - 10, частичная задне-боковая по собственной методике – 11.

Результаты. Осложнения после операции фундопликации выявлены у 5 (7,6%)