

ЭХОКГ от 16.10.2008: Полости сердца не расширены. Выраженная асимметричная гипертрофия левого желудочка с максимумом до 45 мм в средней трети, индекс массы миокарда (ИММ_{ЛЖ}) = 250 г/м². Локальных нарушений сократимости не выявлено, общая сократительная способность не снижена (EF по Simpson = 63%). Небольшая латентная обструкция ВТЛЖ (максимальный градиент давления в ВТЛЖ (PG_{ВТЛЖ}) в покое 7-8 мм, после нагрузки (20 приседаний) увеличение до 25 мм Hg). Рестриктивный тип трансмитрального кровотока. Систолическое давление в лёгочной артерии на верхней границе нормальных значений. Заключение: Выраженная асимметричная гипертрофия левого желудочка (ГКМП) с небольшой латентной обструкцией ВТЛЖ. Диастолическая дисфункция ЛЖ. В феврале 2009 г. больной В. консультирован в НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН. Пациент направлен на оперативное лечение.

Результаты обследования семьи пациента В.: Мать пациента В., 1966 г.р. (42 года) здорова. Бабушка по отцовской линии, 1934 г.р. (74года). При осмотре жалоб не предъявляла. С 40 лет беспокоят периодические подъёмы артериального давления. ЭХОКГ: Небольшое расширение предсердий. Межжелудочковая перегородка S-образно изогнута, базальный сегмент утолщен до 14 мм. Небольшая гипертрофия левого желудочка (ИММ – 108 г/м²). Глобальная сократимость миокарда ЛЖ не снижена (ФВ по Simpson ≈ 61%). Локальных нарушений сократимости не выявлено. Допплер КГ: Кровоток в ВТЛЖ не ускорен и при нагрузке (15 приседаний) - около 8 мм.рт.ст. Давление в легочной артерии повышено (39 мм.рт.ст.). Диастолическая функция ЛЖ сохранена. Диагноз ГКМП впервые поставлен в период настоящего обследования.

Отец, 1966 г.р. (42 года). При осмотре жалоб не предъявлял. Данных за наличие у пациента артериальной гипертензии не получено. ЭХОКГ: Полости сердца не расширены. Базальный сегмент МЖП утолщен до 15 мм. Глобальная сократимость миокарда ЛЖ не снижена. Допплер КГ: Давление в легочной артерии повышено (36-40 мм.рт.ст.). Диастолическая функция ЛЖ: норма → 1 тип дисфункции. В покое нет обструкции выходного тракта ЛЖ. После физической нагрузки градиент давления в ВТЛЖ повысился до 15 мм.рт.ст. (незначительная скрытая обструкция). Диагноз ГКМП впервые поставлен в период настоящего обследования.

Брат, 2002г.р. (6 лет). ЭХОКГ от 12.11.2008: Полости сердца не расширены. Толщина и масса миокарда (ИММ – 86 г/м²) не увеличены. Глобальная сократимость миокарда ЛЖ не снижена. Створки клапанов, эндокард, крупные сосуды – без особенностей. Допплер КГ: Кровоток в ВТЛЖ не ускорен. Давление в легочной артерии не повышено. Учитывая обнаружение признаков заболевания разной степени выраженности в трех поколениях семьи, пациент считается условно здоровым.

Выводы. 1. Продемонстрирована выраженная гетерогенность клинических и морфологических проявлений заболевания у пораженных членов одной семьи, в том числе различная морфология МЖП - от минимально выраженной, локализованной гипертрофии до экстремальной.

2. Обследование членов семей пациентов с ГКМП способствует выявлению заболевания на ранней стадии, изучению закономерностей течения болезни внутри одной семьи и оптимизации тактики ведения пациентов с семейной формой ГКМП, отбору пациентов для генетического тестирования, а также определению истинной частоты заболевания в популяции.

3. Обнаружение малых признаков заболевания у членов семьи пробанда должно рассматриваться в пользу носительства мутантных генов и установления факта семейной формы заболевания.

4. У пациентов с ГКМП, диагностированной в детском возрасте, в период интенсивного роста и полового созревания отмечается прогрессирующее утолщение МЖП, что требует тщательного динамического наблюдения за пациентом для подбора медикаментозной терапии и установления оптимальных сроков оперативного вмешательства.

332. ВЛИЯНИЕ СУЛЬФАТНОЙ НАТРИЕВО-КАЛЬЦИЕВОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ НА ДВИГАТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ

Ямолдинов Р.Н., Вихарева Е.Г., Чвыров К.Н., Кулябина А.С., Новикова А.А.

ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск, Россия

Цель исследования. Оценить эффективность питьевой бальнеотерапии по показателям двигательной функции желудка у детей с хроническим гастродуоденитом.

Материал и методы. Исследована двигательная функция желудка с помощью электрогастрографа ЭГС-4М у 37 детей с хроническим поверхностным (эритематозным) гастродуоденитом в фазе затухающего обострения. Помимо общепринятых показателей ЭГГ (средняя амплитуда колебаний – M_{ср}, средняя амплитуда максимальных колебаний – M_{max}, средняя амплитуда минимальных колебаний – M_{min}, средняя частота сокращений – N) вычисляли энергетический коэффициент (K = M_{ср} x N). Изучено влияние внутреннего приёма питьевой слабощелочной среднеминерализованной сульфатной натриево-кальциевой минеральной воды «Увинская» на основные параметры ЭЭГ.

Результаты и их обсуждение. На основе анализа ритма, частоты сокращений и высоты зубцов нормокINETический тип двигательной активности выявлен у 13 больных, гиперкинетический у 17 и гипокINETический – у 7. Помимо изучения эффективности курсовой питьевой бальнеотерапии, нам представилось целесообразным оценить влияние однократного приёма Увинской слабощелочной среднеминерализованной сульфатной натриево-кальциевой питьевой минеральной воды (УМВ) на моторику желудка в так называемых «острых наблюдениях». Биопотенциалы регистрировали натошак, непосредственно после приёма УМВ в дозе 3 мл на кг массы тела температуры 37°С и через 15 минут после приёма УМВ.

У детей с гиперкинетическим типом ЭГГ однократный приём УМВ через 15 мин приводил к

достоверному уменьшению M_{cp} (с $0,560 \pm 0,048$ до $0,182 \pm 0,047$ мВ, $p < 0,01$), M_{max} (с $1,042 \pm 0,176$ до $0,383 \pm 0,080$ мВ, $p < 0,05$), M_{min} (с $0,307 \pm 0,052$ до $0,086 \pm 0,020$ мВ, $p < 0,05$) и энергетического коэффициента (с $1,485 \pm 0,193$ до $0,470 \pm 0,136$, $p < 0,05$), что мы расценивали как положительное явление. Соотношение M_{max}/M_{min} и частота сокращений существенно не менялись.

У детей с гипокинетическим типом ЭГГ, наоборот, мы наблюдали возрастание электрической активности желудка, при этом увеличение M_{cp} (с $0,10 \pm 0,02$ до $0,29 \pm 0,08$ мВ, $p < 0,05$) и энергетического коэффициента (с $0,25 \pm 0,06$ до $0,60 \pm 0,16$, $p < 0,05$) было достоверным по сравнению с исходными показателями.

У детей с нормокинетическим типом ЭГГ электрическая активность желудка при однократном приёме УМВ практически не изменялась.

Таким образом, однократный приём УМВ оказывал положительное влияние на двигательную функцию желудка при хроническом гастродуодените у детей как с гиперкинетическим, так и с гипокинетическим типом ЭГГ.

Оценка двигательной функции является одним из важных критериев эффективности прежде всего курсовой терапии заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта.

По нашим данным, нормализующее влияние курсовой терапии с применением Увинской минеральной воды на моторику желудка наиболее чётко прослеживалось у детей с исходно гиперкинетическим типом ЭГГ и проявлялось прежде всего положительной динамикой амплитуд M_{cp} (с $0,535 \pm 0,040$ до $0,362 \pm 0,035$ мВ, $p < 0,01$), M_{max} (с $1,011 \pm 0,059$ до $0,653 \pm 0,066$, $p < 0,01$), M_{min} (с $1,215 \pm 0,009$ до $0,130 \pm 0,013$ мВ, $p < 0,001$) и энергетического коэффициента K (с $1,479 \pm 0,108$ до $0,984 \pm 0,117$, $p < 0,02$). Соотношение M_{max}/M_{min} и средняя частота сокращений желудка при этом существенно не изменялись.

Заключение. Оценка двигательной функции желудка при помощи записи биопотенциалов является одним из объективных критериев эффективности лечения детей с хроническим гастродуоденитом. Нормализация двигательной функции желудка под влиянием питьевой бальнеотерапии, наряду со снижением кислотности, имеет несомненное клиническое значение, способствуя ликвидации основных проявлений верхнедиспепсического синдрома, таких как тошнота, изжога, отрыжка. Предложенные нами методики «острых наблюдений» могут быть использованы для оценки терапевтической эффективности питьевых минеральных вод различных классов и обоснования курсовой бальнеотерапии.

333. СОСТОЯНИЕ МЕСТНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЗАЩИТЫ У ДЕТЕЙ С ГАСТРОДУОДЕНОБИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ямолдинов Р.Н., Вихарева Е.Г., Вейс Л.Е., Новикова А.А.

ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск, Россия

Цель исследования. Оценить состояние местных неспецифических факторов защиты у детей с

хроническим гастродуоденитом и билиарными дисфункциями в динамике в процессе питьевой бальнеотерапии.

Материал и методы. Исследована активность лизоцима сыворотки крови и желудочного сока у 23 детей с хроническим поверхностным (эритематозным) гастродуоденитом в фазе затухающего обострения нефелометрическим методом (по В.Г. Дорофейчук). Также исследована лизоцимная активность дуоденального содержимого у 20 детей с дискинезиями желчевыводящих путей (билиарными дисфункциями). Все больные получали Увинскую среднеминерализованную слабощелочную сульфатную натриево-кальциевую минеральную воду (УМВ) изолированно (в качестве монотерапии) в дозе 3 мл/кг 3 раза в день. Курс лечения составил 18-21 день. Исследование проводилось до и после лечения.

Результаты и их обсуждение. В патогенезе заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) известно большое значение нарушения равновесия между «защитными» и «агрессивными» факторами, воздействующими на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки (СОЖ и ДПК).

Одним из важнейших неспецифических защитных факторов, обеспечивающих местный иммунный ответ, является лизоцим. Считается, что в условиях дефицита лизоцима любая антигенная нагрузка, в том числе и физиологическая, в сочетании с генетической предрасположенностью становится чрезмерной и может стать пусковым фактором формирования гастроэнтерологических заболеваний (Н.Е. Санникова и соавт., 1998).

Однократный приём УМВ, как и следовало ожидать, практически не влиял на лизоцимную активность желудочного сока, которая составила $55,8 \pm 3,4\%$ в натощаковой порции, $58,6 \pm 2,2\%$ - в базальную фазу и $58,7 \pm 1,6\%$ - в «последовательную» (после однократного приёма УМВ) ($p > 0,05$).

Курсовая терапия приводила к заметному возрастанию данного фактора защиты, связанному, очевидно, с увеличением клеток Панета в криптальном эпителии, как это действительно и было показано нами при морфологическом исследовании биоптатов. При этом увеличение лизоцимной активности было наиболее существенным в последовательную фазу - с $60,3 \pm 0,6\%$ до $64,1 \pm 1,2\%$ ($p < 0,01$).

Динамические наблюдения за больными показали, что 18-21-дневный курс лечения с использованием УМВ позволил в большинстве случаев получить выраженный клинический эффект: исчезали самостоятельные боли, к концу лечения уменьшалась пальпаторная болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, улучшался аппетит, нормализовался стул, исчезали тошнота, изжога, отрыжка.

В результате курса лечения с применением УМВ у детей отмечена тенденция к повышению показателей и лизоцимной активности сыворотки крови (с $38,4 \pm 1,7\%$ до $40,1 \pm 1,1\%$, $p > 0,05$).

При сопутствующих билиарных дисфункциях в результате проведенного лечения исходно низкая лизоцимная активность пузырной жёлчи (порция «В») достоверно повысилась с $15,8 \pm 4,6\%$ до $29,3 \pm 2,7\%$ ($p < 0,05$). В «печёночной» жёлчи (порция «С»)