

переполнения в эпигастринии, получали спазмолитический препарат Дротаверин по 40 мг 3 раза в день. Больные 2-й и 3-й групп, имевшие жалобы на изжогу, отрыжку получали прокинетик Итоприда гидрохлорид по 50 мг 3 раза в день до еды.

Через 1 месяц после лечения нормализация моторной функции двенадцатиперстной кишки

наблюдалась у больных 1-й группы в 72 % случаев, 2-й группы — в 61,5 %, а в 3-й — у 50 % пациентов.

Заключение. Определение моторной функции ДПК при дуоденальной недостаточности позволяет подобрать индивидуальную эффективную терапию.

Борисов Ю.Ю., Горбунь В.В.
Краснодарский ММИВСО,
Россия

Влияние *H. Pylori* на желудочное слизевыделение у больных язвенной болезнью

Цель исследования: изучение у больных активной дуоденальной язвой (ДЯ) реологических свойств пристеночной слизи желудка с учетом ее обсеменения *Helicobacter pylori* (Hp).

Материал и методы. Обследованы 52 больных активной ДЯ, а также 27 практически здоровых лиц. Желудочную секрецию изучали в базальном периоде и после максимальной стимуляции пентагастрином. Реологические свойства слизистого геля, выделенного центрифугированием, исследовали на прецизионном ротационном вискозиметре Rheotest-2 (Германия). Нр выявляли в гистологических препаратах, окрашенных по Гимзе.

Результаты. Установлено, что больные ДЯ, наряду с гиперсекрецией кислоты и пепсина в базальном периоде и в ответ на максимальную стимуляцию пентагастрином, характеризуются существенным падением реологических параметров слизи. При этом показатели базальной и стимулированной выработки кислоты и пепсина не обнаруживают закономерной связи с наличием хеликобактериоза. В то же время у больных с хеликобактериозным

обсеменением слизистой оболочки желудка по сравнению с больными без такого феномена предел упругости слизистого геля ниже в среднем в 1,2 раза — (342 ± 16) дин/см² и (296 ± 12) дин/см², $p < 0,05$, его эффективная вязкость при низкой скорости сдвигового течения ниже в 1,4 раза — (1869 ± 102) сП и (1368 ± 97) сП, $p < 0,01$, а число лиц с реологическими нарушениями слизи в 1,4 раза выше — (85 ± 6)% и (60 ± 10)% соответственно.

Заключение. Таким образом, у больных активной дуоденальной язвой хеликобактериозное обсеменение слизистой оболочки желудка существенно не влияет на базальное и стимулированное кислото- и пепсиновыделение, но достоверно снижает реологические параметры пристеночной слизи, которые в значительной мере определяют ее цитопротективный потенциал. По-видимому, индуцированные хеликобактериозом изменения физико-химических свойств слизи могут рассматриваться как один из важных патогенетических механизмовульцерогенеза, по крайней мере, у части больных.

Борисов Ю.Ю., Кузенко И.В.
Краснодарский ММИВСО,
Россия

Реологические свойства желудочной слизи у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в разных фазах заболевания

Цель исследования: изучение у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) реологических (упруговязких) свойств слизистого геля желудка, в значительной мере определяющих его цитопротективный потенциал, с учетом фазы заболевания.

Материал и методы. Обследованы 52 больных ЯБДК в разных фазах заболевания и 25 здоровых людей. Реологические свойства слизи, выделенной центрифугированием из аспирированного желудочного секрета, изучали на прецизионном ротационном вискозиметре РЕОТЕСТ-2 (Германия) при низкой скорости сдвига ($D=11,1$ с⁻¹), когда структура геля остается интактной, и при высокой скорости ($D=4860$ с⁻¹), когда его структура полностью разрушается.

Результаты. Установлена четкая связь показателей упруговязких свойств слизи с фазой заболевания. Так, у больных с активной дуоденальной язвой реологические параметры значительно снижены: предел упругости — в 1,9 раза, эффективная

вязкость, измеренная при низкой и высокой скоростях сдвига, — в 2,1 и 1,5 раза соответственно (здесь и далее $p < 0,01$). Упомянутые показатели у (83±6)% больных оказались ниже нижней границы нормы, равной для предела упругости 300–600 дин/см², а для эффективной вязкости при низкой скорости сдвига — 1800–4700 сП. Рубцевание язвы в процессе лечения сопровождалось увеличением сниженных в исходном состоянии реологических параметров в среднем в 1,5–1,3 раза, а у (38±5)% больных — их полной нормализацией. У больных в фазе стойкой ремиссии заболевания средние величины упруговязких свойств слизи существенно не отличаются от таковых у здоровых людей, хотя у 1/5 таких больных сохраняются реологические нарушения.

Заключение. Представленные данные свидетельствуют о существенном ослаблении структуры слизистого геля желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в период обострения заболевания, на что указывает резкое снижение его упруговязких свойств.

Механизм транспорта аммиака из желудка в ротовую полость при гидролизе мочевины в присутствии гастральной уреазы

Цель исследования: определение транспортных путей переноса свободного аммиака из желудка в ротовую полость при гидролизе мочевины в присутствии хеликобактерной уреазы желудочной локализации.

Материалы и методы. В исследование были вовлечены 9 пациентов стационара с различными

видами патологии гастродуоденального комплекса. Каждый из пациентов имел гистологически подтвержденный хеликобактериоз. Всем пациентам делалась гастроскопия, во время которой стенки желудка омывались 50 мл 10 % раствора мочевины. Непрерывная динамика изменения концентрации аммиака в ротовой полости

Быков А.С.¹, Дмитриенко М.А.², Быков С.Э.², Барышникова Н.В.³
¹Санкт-Петербургский государственный технологический институт (технический университет), ²ООО «Ассоциация медицины и аналитики», Санкт-Петербург,

регистрировалась Хелик-аппаратом до и после проведения гастроскопии.

Результаты. У 8 из 9 пациентов с НР-позитивным статусом в воздухе ротовой полости достоверно ($p < 0,001$) детектировался прирост аммиака. Динамика изменения концентрации NH_3 в ротовой полости пациентов имела устойчивые периодические колебания с индивидуальным периодом от 20 до 60 секунд. Аммиак появлялся в ротовой полости через 5–10 минут после омывания стенок желудка, и количество его нарастало в течение всего времени измерения (9 минут).

Выводы. Малое время транспорта NH_3 , высокая достоверность его обнаружения в воздухе ротовой полости, а также динамика изменения концентрации, соответствующая периодичности моторики пневмоканала желудок — пищевод — ротовая полость, свидетельствуют о транзесофагеальном пути переноса индуцированного свободного аммиака за счет постоянно существующего газового обмена между желудком и ротовой полостью. Показано, что, несмотря на высокие абсорбционные свойства NH_3 , он легко детектируется в воздухе ротовой полости.

E-mail: bse_mail@mail.ru,
³Первый Санкт-Петербургский ГМУ им. И. П. Павлова

Нарушение пищеварительной реакции желудка как основной патофизиологический механизм формирования острой и хронической эзофагогастродуodenальной патологии у специалистов экстремальных профессий

Обоснование. В результате клинико-морфологических исследований С. С. Вайля и Л. Б. Шейниной (30-е годы XX века), клинических и экспериментальных исследований В. М. Успенского, В. Ю. Голофеевского, С. Г. Щербака, Ю. А. Миронова (1980–1990 гг.) обоснована и изучена так называемая пищеварительная реакция желудка как одна из его основных функций.

Цель исследования: оценить состояние слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц, работающих на объектах по уничтожению высокотоксичных химических веществ, а также оценить особенности организации режима их труда и питания.

Материал и методы. Стационарно осуществлялось комплексное гастроэнтерологическое обследование 163 специалистов (возраст до 43 лет), а также проведено амбулаторное наблюдение (непосредственно на объектах) более 1000 специалистов.

Результаты. Ранее мы сообщали о малосимптомности, но высокой частоте воспалительно-эррозивных изменений слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, о высокой частоте (до 90 %) инфицированности НР,

выраженной воспалительной реакции слизистой оболочки, подтвержденной гистологически (дистрофия, нарушения микроциркуляции,нейтрофильная и лимфоплазмоцитарная инфильтрация, склонность к атрофии желез и ворсинок луковицы, фиброз стромы).

При оценке контингента наблюдавших специалистов необходимо отметить их высокую социальную обеспеченность, отсутствие вредных привычек, высококачественное питание, высокий уровень техники безопасности проводимых работ. Однако обращает на себя внимание смешанный характер работ и прием пищи в разное время суток, напряженная работа в спецкостюмах на протяжении 3–4 часов, нарушения водного баланса. Можно полагать, что именно совокупность этих факторов способствует нарушению пищеварительной реакции и формированию хронического воспаления гастродуodenальной слизистой оболочки. Наши данные должны способствовать формированию новых принципов диспансеризации данной категории специалистов с возможным выходом на новые подходы к лечению и профилактике эзофагогастродуodenальной патологии.

Голофеевский В.Ю.,
Халимов Ю.Ш., Фомичев А.В., Малышева Е.В.
Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова,
Санкт-Петербург, Россия,
e-mail: vgo@yandex.ru

Фактор лечения и смена штамма *Helicobacter Pylori*

Цель исследования: отследить, сохраняется ли выявленный штамм *Helicobacter pylori* (Hp) у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) и хроническим гастритом (ХГ), или штамм возбудителя может меняться под влиянием лечения или без такового.

Материалы и методы. Были обследованы 16 пациентов, из которых 9 больных с ЯБДК в стадии обострения и 7 больных с ХГ в стадии ремиссии, не требовавшей медикаментозного лечения. Набор больных проводился случайным образом по мере обращения пациентов в эндоскопическое отделение ГКБ № 3 г. Астрахани; эндоскопическое исследование больным с ЯБДК проводилось до лечения и после лечения (амоксициллин + кларитромицин; ингибитор протонной помпы; коллоидный субцитрат висмута в стандартных дозах); больным с ХГ эндоскопическое исследование проводилось дважды с интервалом в 1 месяц (лечение пациенты не получали); при каждом эндоскопическом исследовании производилось взятие биоптата из антрального отдела желудка для выявления Hp и определения кратности вариабельных tandemных

повторов локусов (VNTR-анализ, variable number tandem repeats analysis) методом молекулярного генотипирования.

Результаты исследования. В группе больных с ЯБДК при первом исследовании биоптата у 8 больных выявился Hp со следующей кратностью повторов: (1) A3, D6, E13, F4; (2) A4, D10, E10, F3; (3) A4, D99, E2, F4; (4) A4, D15, E6, F2; (5) A2, D24, E3, F4; (6) A4, D19, E4, F5; (7) A3, D21, E4, F3; (8) A4, D23, E6, F4, у девятого больного выявился смешанный тип Hp: (9) A3, D99, E4, F4 и A3, D99, E14, F4.

После лечения при повторном исследовании у больных ЯБДК (1), (4), (7), (8) произошла эрадикация Hp, а у больных (2), (5), (6) Hp продолжал выявляться с сохранением Hp прежнего генотипа, а у больного (3) Hp продолжал выявляться, но с измененным генотипом A4, D17, E2, F4. У (9) Hp не типировался (слабоположительный).

У всех больных с ХГ в фазе ремиссии обнаруживался Hp: [1] A3, D22, E5, F3; [2] A5, D17, E4, F4; [3] A4, D20, E3, F2; [4] A5, D23, E17, F4; [5] A4, D20, E5, F3; [6] A4, D22, E4, F99; [7] A3, D15, E4, F4.

Голубкина Е.В.¹, Камнева Н.В.¹, Умерова А.Р.¹,
Дуюнов С.А.², Сорокин В.М.³

¹Астраханская ГМА, ²ООМЦ
Правобережная больница

ФМБА России, Астрахань,
³Ростовский-на-Дону
противочумный институт,
Россия