

регистровалась 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).

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

Обоснование. В результате клинко-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 осуществлено 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-эрозивных изменений слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, о высокой частоте (до 90%) инфицированности НР,

Выводы. Малое время транспорта NH_3 , высокая достоверность его обнаружения в воздухе ротовой полости, а также динамика изменения концентрации, соответствующая периодичности моторики пневмоканала желудка — пищевод — ротовая полость, свидетельствуют о трансэзофагеальном 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.

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 наблюдаемых специалистов необходимо отметить их высокую социальную обеспеченность, отсутствие вредных привычек, высококачественное питание, высокий уровень техники безопасности проводимых работ. Однако обращает на себя внимание сменный 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 гастродуоденальной слизистой оболочки. Наши данные должны способствовать формированию новых принципов диспансеризации данной категории специалистов с возможным выходом на новые подходы к лечению и профилактике эзофагогастроуденальной патологии.

Фактор лечения и смена штамма *Helicobacter Pylori*

Цель исследования: отследить, сохраняется ли выявленный штамм *Helicobacter pylori* (Нр) 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 (амоксциллин + кларитромицин; ингибитор протонной помпы; коллоидный субцитрат висмута в стандартных дозах); больным с ХГ эндоскопическое исследование проводилось дважды с интервалом в 1 месяц (лечение пациентов не получали); при каждом эндоскопическом исследовании производилось взятие биоптата из антрального отдела желудка для выявления Нр и определения кратности переменных тандемных

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 Нр со следующей кратностью повторов: (1) А3, D6, E13, F4; (2) А4, D10, E10, F3; (3) А4, D99, E2, F4; (4) А4, D15, E6, F2; (5) А2, D24, E3, F4; (6) А4, D19, E4, F5; (7) А3, D21, E4, F3; (8) А4, D23, E6, F4, у девятого больного выявился смешанный тип Нр: (9) А3, D99, E4, F4 и А3, D99, E14, F4.

После лечения при повторном исследовании у больных ЯБДК (1), (4), (7), (8) произошла эрадикация Нр, а у больных (2), (5), (6) Нр продолжал выявляться с сохранением Нр прежнего генотипа, а у больного (3) Нр продолжал выявляться, но с измененным генотипом А4, D17, E2, F4. У (9) Нр не типировался (слабоположительный).

У всех больных с ХГ в фазе ремиссии обнаруживался Нр: [1] А3, D22, E5, F3; [2] А5, D17, E4, F4; [3] А4, D20, E3, F2; [4] А5, D23, E17, F4; [5] А4, D20, E5, F3; [6] А4, D22, E4, F99; [7] А3, D15, E4, F4.

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

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

Голубкина Е. В.¹, Камнева Н. В.¹, Умерова А. Р.¹,
 Дуюнов С. А.², Сорочкин В. М.³
¹Астраханская ГМА, ²ЮОМЦ
 Правобережная больница
 ФМБА России, Астрахань,
³Ростовский-на-Дону
 противочумный институт,
 Россия

Через месяц при повторном исследовании у 2 пациентов с ХГ Нр обнаружился без геномных различий: [2] А5, D17, E4, F4; [3] А4, D20, E3, F2; у [1], [4], [5], [6] Нр сохранился слабopоложительный (не типируется).

Демина Е. И., Белова И. И.
Алтайский ГМУ, Барнаул,
Россия

Первый опыт применения опросника GERDQ в диагностике гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Цель исследования: оценить выраженность клинических симптомов до начала лечения у пациентов с гастроэзофагеальным рефлюксом.

Материал и методы. Обследованы 13 пациентов (мужчин 2, женщин 11) в возрасте от 18 до 83 лет (средний возраст составил $(53,0 \pm 5,5)$ года). Клинически у всех больных отмечались жжение за грудиной, регургитация съеденной пищей. Диагноз гастроэзофагеальной рефлюксной болезни был подтвержден эндоскопически в 100 % случаев. У 11 пациентов диагностирована эндоскопически негативная форма, у 2 больных — эрозивная форма, степень “А” согласно Лос-Анджелесской классификации. Всем пациентам до начала лечения предлагали заполнить русскоязычную версию опросника GerdQ для самостоятельной оценки выраженности симптомов заболевания.

Результаты. Итоговый балл GerdQ колебался от 8 до 16 (средний итоговый балл составил

Выводы. У больных с ЯБДК после курса лечения эрадикация не произошла у 5 из 9 больных; у этих 5 в одном случае сменился штамм. У всех 7 больных с ХГ (пациенты без лечения) Нр сохранился, но смены штамма выявить не удалось.

$10,9 \pm 0,7$). Наибольшие значения обнаружены у 2 пациентов с эрозивной формой рефлюксной болезни (16 и 13 баллов соответственно). Количество баллов, характеризующих влияние гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на качество жизни всех пациентов (по ответам на вопросы блока “С” опросника), составило $3,6 \pm 0,4$. При этом двое больных эрозивной формой имели 6 и 5 баллов соответственно.

Выводы. Применение опросника GerdQ до начала лечения позволяет в количественном выражении оценить характерные симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Пациенты с эрозивной формой имели большее количество баллов, что позволяет предполагать у них более выраженную клиническую симптоматику, снижение их качества жизни в большей степени, чем у пациентов с эндоскопически негативной формой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Денисова Е. В., Назаров В. Е.
СЗГМУ им. И. И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия

Индивидуализация послеоперационного лечения больных с осложненной дуоденальной язвой

В последние десятилетия отмечается рост количества больных с язвенной болезнью и с ее осложненным течением. Хроническое течение заболевания приводит к выраженным патофизиологическим нарушениям, что часто заканчивается осложнениями, иногда на фоне полного благополучия. Нередко отсутствие стойкого лечебного эффекта при применении лекарственных препаратов, придают проблеме язвенной болезни как медицинское, так и социальное значение. Проблемы на послеоперационном этапе возникают, в основном, из-за недостаточной эффективности от проведенного лечения, что связано с неполноценностью назначенной специфической противоязвенной терапии или с ее отсутствием, а так же нарушением преемственности между лечащими специалистами на госпитальном и амбулаторном этапах, что и приводит к увеличению числа рецидивов осложнений язвенной болезни ДПК.

Цели и задачи: На основе изучения патофизиологических изменений после консервативного, эндоскопического и оперативного лечения осложненной дуоденальной язвы, разработать новые подходы к профилактике и лечению заболевания в раннем и позднем послеоперационном периодах.

Материалы и методы. Нами проводилось наблюдение за группой из 260 пациентов после консервативного и оперативного лечения осложненной дуоденальной язвы. Срок наблюдения составил от 6 месяцев до 8 лет. Наблюдаемая группа из 260 человек состояла из 174 мужчин (66,9 %) и 86 женщин (33,1 %), средний возраст которых составил $46,2 \pm 1,25$ лет. Контрольная наблюдаемая группа составила 46 человек.

Результаты и обсуждение. В различные сроки после операции по поводу осложненной

дуоденальной язвы назначалась индивидуализированная противоязвенная терапия с учетом проведенного оперативного вмешательства, наличия или отсутствия бактериального агента, включающая как патогенетическую, так и симптоматическую терапию. Оценка результатов лечения осуществлялась по динамике патофизиологических изменений на фоне проводимой индивидуализированной терапии, а так же по длительности ремиссий, наличию обострений дуоденальной язвы и рецидивов осложнений. **Все пациенты с осложнениями язвенной болезни ДПК по принципу лечения нами были разделены на три основные группы. В первую группу мы объединили 165 больных с дуоденальным кровотечением (после консервативной остановки кровотечения, эндоскопического гемостаза или прошивания кровоточащей язвы) и пациентов после ушивания перфорации.**

Вторая группа представлена 44 пациентами с осложненной язвой ДПК, которым проведены органосохраняющие операции (различные виды ваготомий с дренирующими операциями), которые изменяли патогенез заболевания. В эту группу вошли больные с язвенными кровотечениями, перфоративной язвой, пилородуоденальным стенозом и с язвой, резистентной к лечению или длительно не рубцующейся (более двух месяцев). К третьей группе были отнесены 51 больной со всеми перечисленными осложнениями, которым была проведена резекция 2/3 желудка в различных модификациях. Эта группа объединена также по типу операции, т.к. сам вид операции вызывает более существенные патогенетические изменения в течении ЯБ, чем ее осложнения.