

переполнения в эпигастрии, получали спазмолитический препарат Дротаверин по 40 мг 3 раза в день. Больные 2-й и 3-й групп, имевшие жалобы на изжогу, отрыжку получали прокинетику 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., Горбань 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* (Нр).

**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 —  $(342 \pm 16)$  дин/см<sup>2</sup> и  $(296 \pm 12)$  дин/см<sup>2</sup>,  $p < 0,05$ , его эффективная вязкость при низкой скорости сдвигового течения ниже в 1,4 раза —  $(1869 \pm 102)$  сП и  $(1368 \pm 97)$  сП,  $p < 0,01$ , а число лиц с реологическими нарушениями слизи в 1,4 раза выше —  $(85 \pm 6)\%$  и  $(60 \pm 10)\%$  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 механизмов ульцерогенеза, по крайней мере, у части больных.

Борисов Ю. Ю., Кузнецко 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 ( $D=11,1 \text{ с}^{-1}$ ), когда структура геля остается интактной, и при высокой скорости ( $D=4860 \text{ с}^{-1}$ ), 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  $(83 \pm 6)\%$  больных оказались ниже нижней границы нормы, равной для предела упругости 300–600 дин/см<sup>2</sup>, 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  $(38 \pm 5)\%$  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.

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

### 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