

aglycones from root, and on antiviral activity: sums of glycosides from root and overground part > sums of aglycones from root and overground part. The dependence of structure - activity of these xanthones is discussed. The use of phytoremedis from overground part and root of this planta in the capacity of antimicrobial remedis are suggested.

Литература

1. Бортникова В.В., Арзамасцев Е.В., Крепкова Л.В. и др. Экспериментальное токсикологическое изучение противовирусного препарата алпизарин из копеечника альпийского // Тез. докл. Всесоюз. конф. "Новые лекарственные препараты из растений Сибири и Дальнего Востока". – Томск, 1986. – С.23.
2. Вичканова С.А., Рубинчик М.А., Шретер А.И. Антимикробная активность видов рода *Saussurea* DC // Растит. ресурсы. – 1969. – Т.5. – Вып.2. – С.224-229.
3. Вичканова С.А., Шипулина Л.Д., Глызин В.И. Алпизарин – противовирусный препарат из растений рода *Hedysarum* // Тез. докл. научн. конф. "Лекарственные растения в традиционной и народной медицине". – Улан-Удэ, 1987. – С.36-38.
4. ВФС 42-1512-85.
5. Гаммерман А.Ф., Гром И.И. Дикорастущие лекарственные растения СССР. – М.: Медицина, 1976. – 288с.
6. Глызин В.И., Николаева Г.Г., Даргаева Т.Д. Природные ксантоны. – Новосибирск: Наука, 1986. – 176с.
7. Королёв Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. – М.: Медицина, 1990. – 240с.
8. Методы вирусологии и молекулярной биологии / Под ред. К. Хэбл, Н.П. Зальцман, пер. с англ. и предисловие Л.Б. Меклера. – М.: Мир, 1972. – 444с.
9. Николаева Г.Г. Поиск биологически активных веществ, производных гамма-пирона в растениях рода Горечавка: Автореф. дис. канд. фарм. наук. – Москва, 1982. – 24с.
10. Николаева Г.Г., Глызин В.И., Младенцева Ш.С. и др. Ксантоны *Gentiana lutea* // Химия природных соединений. – 1983. – №1. – С.107-108.
11. Bhattacharya S.K., Ghosal S., Chaudhuri P.K., Sanjay A.K. *Canscora decussata* (Gentianaceae) xanthones. III. Pharmacological studies // J. Pharm. Sci., 1972. – Vol.61, №11. – P.1838-1840.
12. Bhattacharya S.K., Readdy P.K., S.P., Ghosal S., et al. Chemical Constituents of Gentianaceae XIX: CNS-depressant effects of Sertiamarin // Journal of Pharmaceutical sciences. – 1976. – Vol.65, №10. – P.1547-1549.

© ДОЛБИЛКИН А.Ю., СИЗЫХ Т.П., АГЕЕВ В.А., КУЗНЕЦОВ С.М., ОШОРОВ М.Ш., СОНГОЛОВ В.И. – УДК 616.33-0028

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА У БОЛЬНЫХ, ПОСТУПИВШИХ В САНАТОРИЙ "АРШАН"

А.Ю. Долбилкин, Т.П. Сизых, В.А. Агеев, С.М. Кузнецов, М.Ш. Ошоров, В.И. Сонголов.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, кафедра госпитальной терапии, зав. – засл. врач РФ, д.м.н., проф., чл.-корр. РАЭН РФ Т.П. Сизых)

Резюме. В настоящей статье представлена клинико-морфологическая характеристика хронического гастрита у больных, поступивших в санаторий "Аршан".

Гастрит является широко распространённым заболеванием. Согласно данных эпидемиологических исследований, хронический гастрит был выявлен у 53% обследованных. При этом у каждого четвертого (28%), он был атрофическим [6]. В структуре болезней органов пищеварения хронический гастрит составляет 35%, а среди заболеваний желудка – 80-85% [5]. Обследование случайно выбранных лиц в возрасте от 16 до 69 лет выявило гастрит фундального отдела в 45% случаев, в том числе у 39% – поверхностный, а у 29% – атрофический [8]. Ещё в конце 60-х годов XX столетия было установлено, что с возрастом имеется некий постоянный показатель увеличения частоты хронического гастрита, и в частности атрофического [7]. Расчёты проведенные коллективом авторов (Л.И. Аруин, П.Я. Григорьев, В.А. Исаков, Э.П. Яковенко) показали, что годовой прирост

частоты хронического гастрита вообще и атрофического в частности равняется $1,40\% \pm 0,1$ и $1,25\% \pm 0,19$ соответственно.

Судить в настоящее время об истинной распространённости хронического гастрита трудно. Это связано, во-первых, с относительной сложностью его точной диагностики, а во-вторых – с большой частотой малосимптомных форм заболевания, в связи с чем многие больные не обращаются за медицинской помощью. Все же, по данным большинства исследователей, можно считать, что хроническим гастритом страдают до 50-80% всего населения. При этом значение хронического гастрита определяется не только распространённостью, но и возможной связью его отдельных форм с такими заболеваниями, как язвенная болезнь и рак желудка [5].

В настоящее время существует большое количество различных способов и методов лечения хронического гастрита: диетотерапия, медикаментозная, фитотерапия, физиотерапевтическое воздействие и санаторно-курортное лечение. Современное поэтапное лечение (поликлиника – стационар – санаторий) при хорошей преемственности и согласованности на всех её этапах имеет решающее значение.

Высокая терапевтическая эффективность курортных факторов объясняется комплексным воздействием их на основные патогенетические звенья, принимающие участие в развитии и клиническом течении заболеваний. Влияние этих факторов оказывает благоприятное действие на различные органы и системы, способствует улучшению трофики и восстановлению нарушенных функций, повышению общей неспецифической реактивности.

Материалы и методы

В данной работе анализируется клиническая и морфологическая характеристика гастрита у больных, поступивших на курорт "Аршан". Обследован 71 больной, среди них было женщин – 53 (74,6%), мужчин – 18 (25%). Средний возраст в группе равнялся $40 \pm 1,8$ лет, среди мужчин – $43 \pm 3,3$ лет, а женщин – $38 \pm 2,5$ лет.

Больные обследовались до начала лечения на 1-3 день от прибытия. Проводилось традиционное клинико-лабораторное обследование, анализы крови, мочи, биохимия печени, УЗИ органов брюшной полости. Сбор жалоб, анамнеза осуществлялся по специально разработанной анкете. Был составлен протокол по описанию эндоскопической картины слизистой желудка.

Эзофагогастродуоденоскопия проводилась аппаратом "Olympus" (Япония). Прицельная биопсия была выполнена 46 из 71 больного с последующим гистологическим исследованием материала.

Материал для морфологической оценки забирался из трех отделов слизистой оболочки желудка (дно, тело, анtrum), при этом у большинства больных забиралось 6 кусочков, реже – 4-3 (в зависимости от состояния больного во время проведения процедуры). Производился также забор материала на *Helicobacter pylori*. Биоптаты заливались в парафин. Среды окрашивались гематоксилин-эозином, пикро-фуксином, азури-эозином, реактивом Шиффа, ализариновым синим. Оценка морфологических изменений слизистой желудка проводилась по алгоритму, разработанному на кафедре патологической анатомии профессором Б.Н. Цибелем, с соавт.

Морфологическая оценка состояния слизистой оболочки включает следующие параметры: характер и распространение инфильтрата, количество слизи, тип гиперплазии (железистый, мукоидный), наличие железистых пролифератов, вид метаплазии (полная, неполная), степень дисплазии (увеличение рядности, ядерный полиморфизм, гипер-

хромия, митозы), выраженность атрофии и склероза, наличие кистозных изменений. Был обработан и проанализирован материал от 34 из 46 больных с хроническим гастритом (288 кусочков из 34 препаратов с окраской на выявление *Helicobacter pylori*), обследованных на момент поступления на курорт "Аршан". Изготовлено и окрашено 624 гистологических объекта.

Полное исследование с оценкой морфологических изменений с клинико-патанатомическим диагнозом дан в 34 наблюдениях. Статистическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере с использованием программы Microsoft Excel 1995, версия 7.

Результаты и обсуждение

Как правило в 91,5% случаев, больные с хроническим гастритом при поступлении в санаторий "Аршан" отмечали боли и дискомфорт в эпигастриальной области, связанные с приемом пищи (табл.1).

Жалобы предъявляли на тупые боли в эпигастриальной области – 42 из 71 (59%) поступивших больных, а на ноющие – 60 (84,5%). Девять (12,7%) больных жаловались еще на боли в правом подреберье. У 40 (56,3%) больных при поступлении боли были незначительной степени, у 25 (35,2%) – умеренной и только у 6 (8,5%) – выраженной.

Таблица 1.

Субъективные данные больных хроническим гастритом при поступлении на курорт "Аршан" (n – 71)

№ пп	Симптомы	Количество больных, предъявляющих жалобы при поступлении	
		n	%
1.	Боли в эпигастрии	65	91,5
2.	Характер боли:		
	тупая	42	59,0
	ноющая	60	84,5
3.	Выраженность боли:		
	выраженная	6	8,5
	умеренная	25	35,2
	незначительная	40	56,3
4.	Изжога	36	50,7
5.	Отрыжка воздухом	39	55,0
6.	Тошнота	10	14,0
7.	Рвота	4	5,6
8.	Вздутие живота	51	71,8
9.	Кашицеобразный стул	28	39,4

У всех больных с хроническим гастритом выявлялся синдром желудочной диспепсии и у многих еще и кишечной. Так выявлялась при опросе больных: изжога в 50,7% случаев, отрыжка воздухом – в 55%, тошнота – в 14% и рвота – в 5,6%. Синдром кишечной диспепсии отмечали 2/3 больных. Вздутие кишечника отмечалось в 71,8% случаев, а кашицеобразный стул – в 39,4% (табл.1).

На II этапе обследования (табл.2) у большинства больных (в 87,3%) была обнаружена достаточной степени выраженности обложенность языка, больше чем у половины – в 66,2% боль легкой и умеренной степени в эпигастральной области при глубокой пальпации. В правом подреберье на момент осмотра она определялась в 12,7% случаев. Однако симптом Ортнера обнаружен только в 4,2% случаев. Явления метеоризма прослежены в 12,7% случаев, боль при пальпации тонкого кишечника – в 1,4%. Гепатомегалия была установлена в 4,2% случаев.

Таблица 2.

Объективные данные больных хроническим гастритом при поступлении на курорт "Аршан" (n – 71)

№ пп	Симптомы	Количество больных	
		n	%
1.	Обложенный язык	62	87,3
2.	Боль в эпигастрии	47	66,2
3.	Боль в левом подреберье	1	1,4
4.	Боль в правом подреберье	9	12,7
5.	Симптом Ортнера	3	4,2
6.	По ходу кишечника: боль	1	1,4
	урчание	9	12,7
7.	Гепатомегалия	3	4,2

Следовательно по данным объективного осмотра боль была зарегистрирована у меньшего (на 1/3) числа больных, нежели они выявлялись при сборе жалоб. Однако такой симптом как диффузная умеренной степени обложенность языка – объективный признак неблагополучия в системе желудочно-кишечного тракта найден почти у всех (87,3%) больных.

По данным ФГДС у половины – 21 из 39 (53,8%) больных выявлен смешанный гастрит (поверхностный и атрофический). Эрозивный антральный гастрит зарегистрирован в 12,8% случа-

ев и в 10,3% – атрофический. Следовательно, у 25 больных выявлен атрофический гастрит без и в сочетании с поверхностным. По 7,7% случаев приходится на самостоятельный поверхностный и гипертрофический гастриты. Неизмененная слизистая также обнаружена в 7,7% случаев (табл.3).

Таблица 3.

Эндоскопическая картина слизистой желудка у больных, прибывших на курорт "Аршан" (n – 39)

Состояния слизистой желудка	Количество больных	
	n	%
Неизменная слизистая	3	7,7
Поверхностный гастрит	3	7,7
Гипертрофический гастрит	3	7,7
Атрофический гастрит	4	10,3
Смешанный гастрит	21	53,8
Эрозивный антральный гастрит	5	12,8
Всего	39	100

Из 39 больных, у которых проанализированы данные ФГДС – у 14 (35,8%) выявлены осложнения (табл.4). Чаще всего рефлюкс эзофагит (15,4%), недостаточность кардиального жома (10,3%) и в единичных случаях дуоденит (5,1%) и дуоденогастральный рефлюкс (5,1%).

Наибольшая частота осложнений (23%) отмечена у больных хроническим смешанным гастритом. При остальных морфологических вариантах хронического гастрита осложнения наблюдались реже.

Классифицирование морфологических вариантов хронического гастрита и состояния слизистой желудка сделаны уже на основании как макроскопического, так и гистологического исследования.

У большинства обследованных – 18 из 34 (52,9%) обнаружен атрофический антральный гастрит с метаплазией эпителия (табл.5), у 9 (26,5%) – поверхностный гастрит без атрофии. Хронический атрофический диффузный гастрит с

Таблица 4.

Частота встречаемости осложнений по данным ФГДС при хроническом гастрите в зависимости от морфологии слизистой желудка (n – 39)

Варианты гастрита	Всего исследований		Дуодено-гастральный рефлюкс		Дуоденит		Недостаточность кардиального жома		Рефлюкс эзофагит	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Неизменная слизистая	3	7,7	–	–	–	–	–	–	–	–
Поверхностный гастрит	3	7,7	–	–	–	–	–	–	–	–
Гипертрофический	3	7,7	1	2,6	–	–	–	–	1	2,6
Атрофический диффузный	4	10,3	–	–	–	–	–	–	1	2,6
Смешанный	21	53,8	1	2,6	2	5,1	3	7,7	3	7,7
Эрозивный антральный гастрит	5	12,8	–	–	–	–	1	2,6	1	2,6
Всего	39	100,0	2	5,2	2	5,1	4	10,3	6	15,5

Таблица 5.

Обсемененность *Helicobacter pylori* слизистой желудка в зависимости от морфологии хронического гастрита (n – 34)

Морфология хронического гастрита	Количество больных		Количество <i>Helicobacter pylori</i>								Всего обсемененность	
	n	%	не обнаружен		единичное		умеренное		выраженное		n	%
			n	%	n	%	n	%	n	%		
Неизменная слизистая	3	8,8	–	–	1	11,8	2	5,8	–	–	3	10,7
Поверхностный без атрофии	9	26,5	5	13,2	–	–	4	11,8	–	–	4	14,3
Атрофический антральный с метаплазией эпителия	18	52,9	1	2,9	6	17,6	6	17,6	5	13,2	17	60,7
Атрофический диффузный с метаплазией эпителия	4	11,8	–	–	1	11,8	3	8,8	–	–	4	14,3
Итого:	34	100,0	6	16,1	8	41,2	15	44,0	5	13,2	28	100,0

метаплазией эпителия слизистой желудка зарегистрирован у 4 (10,3%) больных, а неизменная слизистая – у 3 (8,8%).

Обсемененность *Helicobacter pylori* различной степени выраженности найдена у большинства (82,4%) больных с различными вариантами хронического гастрита. Как свидетельствует таблица 5, только у шести (17,6%) больных, обследованных на обсемененность, не обнаружена *Helicobacter pylori*.

При нормальной эндоскопически слизистой у всех трех больных отмечающих симптомы желудочной диспепсии найдены *Helicobacter pylori*. Также как и при поверхностном гастрите у больных с неизменной слизистой умеренная обсемененность отмечена у 2 из 3 и единичные экземпляры – у 1. При нормальной слизистой выраженной степени обсемененности не обнаружено.

Наибольшее количество больных (18 из 34) по частоте и степени обсеменения *Helicobacter pylori* приходится в первую очередь на хронический атрофический антральный гастрит с метаплазией эпителия слизистой желудка, во вторую – на хронический диффузный и поверхностный без атрофии гастриты – по 4 (11,8%) случая.

Существенно меньше степень обсемененности *Helicobacter pylori* была при поверхностном гастрите, нежели при атрофических вариантах гастрита. У 5 из 9 (55,5%) больных с поверхностным гастритом *Helicobacter pylori* не была обнаружена.

Однако при этом варианте гастрита практически у каждого второго у 4 из 9 (44,5%) найдена умеренная степень обсемененности, но ни у одного – выраженной.

Наибольшая частота (94,4%) и степень обсемененности *Helicobacter pylori* зарегистрирована при хроническом атрофическом антральном гастрите с метаплазией эпителия (табл.6). Так умеренная и выраженная степень обсемененности установлена у большинства (61,1%) больных этого морфологического варианта хронического гастрита. Не инфицированная слизистая при атрофическом гастрите определена только у одного (5,6%) больного.

У больных хроническим атрофическим диффузным гастритом с метаплазией эпителия слизистой оболочки желудка обсемененность так же, как и при атрофическом антральном гастрите найдена у большинства (2/3) больных. Степень обсемененности у 3 из 4 больных была умеренной.

Таким образом, большинство больных при поступлении в санаторий “Аршан” имели клинические проявления хронического гастрита: болевой синдром, желудочной и кишечной диспепсии. Это находило подтверждение при осмотре больных. Морфологически явных признаков обострения хронического гастрита (нейтрофильная инфильтрация слизистой желудка) не выявлялось, следовательно, больные поступали вне обострения хро-

Таблица 6.

Степень обсемененности *Helicobacter pylori* при хроническом атрофическом антральном гастрите с метаплазией эпителия (n – 18)

Признак	Всего больных	не обсемененные		Количество больных с разной степенью обсемененности							
		n	%	единичные		умеренные		выраженные		Всего	
				n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Helicobacter pylori</i>	18	1	5,6	6	33,3	6	33,3	5	27,8	17	94,4

нического гастрита. Однако каждый десятый больной поступал с эрозивным антральным гастритом. По данным ФГДС и гистологически каждый второй больной имел атрофический антральный гастрит, помимо того каждый десятый – диффузный с метаплазией эпителия. Поверхностный гастрит обнаружен у каждого четвертого больного, а нормальная неизменная слизистая – лишь в 8,8%. Обсемененность *Helicobacter pylori*

слизистой желудка установлена почти у всех больных (94,4%). Причем у половины больных с хроническим поверхностным гастритом не найдено *Helicobacter pylori*, в то время как морфологически при неизменной слизистой у всех трех больных она выявлена. Эти все трое больных отмечали признаки желудочной диспепсии. Чаше и более выраженной степени обсемененность отмечена при атрофическом гастрите.

CLINIC-MORPHOLOGICAL FEATURE BY SICK CHRONIC GASTRITIS RECEIVED IN SANI-TARIUM "ARSHAN"

A.J. Dolbilkin, T.P. Sizykh, V.A. Ageev, S.M. Kuznetsov, M.S. Oshorov, V.I. Songolov.

(Irkutsk State Medical University)

In this article presented clinic - morphological feature by sick chronic gastritis received in sanatorium "Arshan".

Литература

1. Ботороев К.С. Курорт "Аршан". – 1991. – 96с.
2. Воробьев А.И. Справочник практического врача. – изд в 2-х тт. – М.: Медицина. – 1992.
3. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Руководство по гастроэнтерологии. – М.: МИА, 1997. – 476с.
4. Кольцов П.А., Шахтин А.И. Практическая гастроэнтерология. – М.: Издание ММА им И.М. Сеченова, 1994 – 343с.
5. Комаров Ф.И., Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Руководство по гастроэнтерологии. – изд в 3-х тт. – М.: Медицина. – 1995 – 1920с.
6. Siurala M., Isokoski M., Varis K., Kekki M. Prevalence of gastritis in a rural population. – Scand. J. Gastroenterol. – 1968. – Vol.3. – P.211-233.
7. Siurala M., Varis K., Kekki M., Isokoski M. Prevalence of gastritis. – In: Proceedings VIIIth International congress of gastroenterology. – 1968. – Prague. Abstract.
8. Villako K., Tamm A., Savisar E., Ruttas M. Prevalence of antral and fundic gastritis in a randomly selected group of an Estonian rural population. – Scand. J. Gastroenterol. 1976. – Vol.11. – P.817-822.

Здоровье, образ жизни и экология

© ФИЛИППОВ Е.С., САВЧЕНКОВ М.Ф., ГОМЕЛЛЯ М.В., ДИФЕНБАХ Т.И., СЕЛИВЕРСТОВА Т.Г., ИЛЮШКИНА И.В., ПЕТРОВА А.Г., ФИЛИППОВ А.Е., ТКАЧУК Е.А., ДРУЖИНИНА Н.А. – УДК 616-053.3/7

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ – СТРАТЕГИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

Е.С. Филиппов, М.Ф. Савченков, М.В. Гомелля, Т.И. Дифенбах, Т.Г. Селиверстова, И.В. Илюшкина, А.Г. Петрова, А.Е. Филиппов, Е.А. Ткачук, Н.А. Дружинина.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, кафедра педиатрии №1, зав. – проф. Е.С. Филиппов)

Резюме. Проведено сравнительное изучение состояния здоровья 10 000 детей г.Иркутска, проживающих в административных районах с различной степенью антропогенного загрязнения. Исследования показали, что в Правобережном округе (ПБО), имеющим наибольшую степень техногенного загрязнения по сравнению с Левобережным округом (ЛБО) г.Иркутска, значительно ниже показатели здоровья детей: в 1,5 раза выше общая заболеваемость, в 2 раза ниже индекс здоровья, в 1,5 раза больше детей из групп часто и длительно болеющих. Изучена распространенность основных заболеваний детского возраста, особенности их течения, в зависимости от степени техногенного загрязнения, выявлены факторы и группы риска формирования экпатологии в детском возрасте.

В настоящее время в Восточной Сибири в зонах экологического напряжения проживает более 50% детей, то есть каждый 2-ой ребенок. Экологические условия промышленных городов (Иркутск, Ангарск, Братск, Шелехов, Байкальск и

другие) характеризуются интенсивным загрязнением окружающей среды сотнями наименований ксенобиотиков (свыше 500 по Братску).

Спецификой региона является: концентрация населения в крупных промышленных и энергетиче-