

между полученными величинами использовали критерий Стьюдента.

Проведенные исследования позволили установить, что непосредственно перед операцией, за 20 минут до её начала, наблюдалось достоверное повышение концентрации кортизола в 2,7 раза, ДК – в 3, МДА – в 3,4, снижение АОА в 1,9 и содержания альфа-токоферола – в 3,2 по сравнению с результатами полученными у доноров ($p < 0,001$). По результатам наших данных можно предположить, что больные в предоперационном периоде находятся в состоянии психоэмоционального напряжения и особенно, стресс-реакция выражена перед началом операции, о чем свидетельствует высокая концентрация гормона стресса-кортизола и активация перекисного окисления липидов с подавлением антиоксидантной активности, снижением содержания естественного антиоксиданта альфа-токоферола.

У больных, оперированных в условиях традиционной НЛА, наблюдалось достоверное увеличение концентрации кортизола и продуктов липопероксидации, снижение антиоксидантной активности и содержания альфа-токоферола как во время травматичного этапа операции, так и после ее окончания. Концентрация кортизола увеличилась в 2 раза, содержание ДК – в 1,4 раза. МДА – в 1,2, антиоксидантная активность и уровень альфа-токоферола снизилась в 1,1.

У основной группы больных, оперированных в условиях комбинации НЛА, ГОМКа, даларгина, альфа-токоферола и применения ВЛОК, происходит снижение концентрации кортизола и ДК в 1,9 раза ($p < 0,001$), МДА – в 2,8 ($p < 0,001$), повы-

шение АОА – в 1,5 ($p < 0,001$) и альфа-токоферола – в 1,8 ($p < 0,001$) как в травматичный этап операции, так и после её окончания.

Исходя из приведенных данных, можно отметить, что общая анестезия с применением метаболитов и аналогов стресс-лимитирующих систем организма, а также неспецифического фактора защиты – ВЛОК, не вызывает избыточного напряжения симпато-адреналовой системы и обеспечивает достаточную нейровегетативную защиту от операционной травмы. Большая стабильность изучаемых показателей свидетельствует о надежной ноцицептивной блокаде, а комбинированное введение метаболитов и аналогов стресс-лимитирующих систем с использованием ВЛОК в комплексе анестезиологического обеспечения операций на органах брюшной полости, позволяет добиться существенного снижения дозы наркотических анальгетиков.

В целом, результаты наших исследований согласуются с представлением о роли стресс-лимитирующих систем в предупреждении стрессорных повреждений организма и показывают, что различные эффекты таких систем могут быть успешно воспроизведены с помощью метаболитов, аналогов и их активаторов. Целенаправленное использование в схеме сбалансированной многокомпонентной анестезии оксибутирата-натрия, альфа-токоферола, и неспецифического фактора воздействия – ВЛОК позволяет активизировать и увеличить мощность центральных и периферических стресс-лимитирующих систем, тем самым повышая качество анестезиологической защиты при операциях на органах брюшной полости.

© ДОЛБИЛКИН А.Ю. –

УДК 615.838(571.53)+616.33-002.2

ВЛИЯНИЕ МАЛОМИНЕРАЛИЗОВАННОЙ ГИДРОКАРБОНАТНО-НАТРИЕВОЙ, КАЛЬЦИЕВО-МАГНИЕВОЙ, УГЛЕКИСЛОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ ИСТОЧНИКА “АРШАН” НА МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ КАРТИНУ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ

А.Ю. Долбилкин.

(Иркутский государственный медицинский университет)

В настоящей статье показана корреляция между морфологическими формами гастрита с *Helicobacter pylori* и динамика морфологического состояния слизистой оболочки желудка больных курорта “Аршан” до и после санаторного лечения.

Хронический гастрит является широко распространённым заболеванием. Согласно данных эпидемиологических исследований, хронический гастрит был выявлен у 53% обследованных, при этом у каждого четвёртого (28%), он был атрофическим. В структуре болезней органов пищеварения хронический гастрит составляет 35%, а среди заболеваний желудка – 80-85%. 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. Ещё в конце 60-х годов XX столетия, было установлено, что имеется некий постоянный показатель увеличения частоты хронического гастрита с возрастом, и в частности атрофического гастрита. 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 составляет $1,40 \pm 0,1\%$ 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.

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

Материалы и методы

Гастроэнтерологический профиль курорта "Аршан" определяет состав больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Из них большую группу составляют больные, страдающие различными формами хронического гастрита.

Целью исследования является определение морфологического состояния слизистой оболочки желудка больных курорта "Аршан" до и после санаторного лечения.

В данной работе анализируется морфологическая характеристика гастрита у больных поступивших на курорт "Аршан". Было полностью исследовано 55 первичных гастробиопсий. Возраст больных от 13 до 66 лет. Среди них было женщины — 35 (63,6%), мужчин — 20 (36,4%).

Гистологический материал забирался при эзофагогастродуоденоскопии с прицельной биопсией аппаратом "Olympus" (Япония) из трех отделов слизистой оболочки желудка — дно, тело, анtrum. У большинства больных взято 6 кусочков, реже — 4 (в зависимости от состояния больного во время проведения процедуры). Производился также забор материала на *Helicobacter pylori*.

Биоптаты заливались в парафин. Парафиновые срезы окрашивались гематоксилин-эозином, пикрофуксином по Ван-Гизону, на соединительную ткань — реактивом Шиффа, на полисахара — альциановым синим. Определялась форма гастритов, тип метаплазии эпителия слизистой оболочки и желез (полная или тонкокишечная, неполная или толстокишечная, смешанная), выраженность дисплазии, если таковая имелаась.

Мазки — отпечатки биоптата слизистой желудка окрашивались на *Helicobacter pylori*. Проведено сопоставление между формами и выраженностью гастритов и наличием, и выраженностью обсеменения *Helicobacter pylori*.

Оценка морфологических изменений слизистой желудка проводилась по алгоритму, разработанному на кафедре патологической анатомии

профессором Б.Н. Цибелем с соавторами. Морфологическая оценка состояния слизистой оболочки включала 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, гиперхромия, митозы), выраженность атрофии и склероза, наличие кистозных изменений.

Все больные принимали питьевое лечение соответствующее их типу хронического гастрита. Согласно методике утверждённой Томским институтом курортологии и физиотерапии, при гастрите с повышенной кислотообразующей функцией минеральная вода назначалась 38°-42° за 60-90 минут до приёма пищи по 150-200-250 мл. × 3 раза в день, при повышенной кислотообразующей функции дополнительно рекомендовалось через 30 минут после еды по 70-100 мл. Больным хроническим гастритом с пониженной секрецией минеральная вода назначалась 38°-42° за 45-60 минут до приёма пищи по 200-250 мл. × 3 раза в день. Так, как основной упор здесь делался не на стимуляцию секреторной деятельности железистого аппарата, а на стимуляцию процессов репаративной регенерации слизистой оболочки желудка, трофики, в результате действия на неё минеральной воды "Аршан". Так же, по показаниям, дополнительно больные получали диетотерапию, водные процедуры (углекислые ванны, циркулярный душ, кишечное орошение, микроклизмы) терренкур, лечебную физкультуру.

Результаты и обсуждение

Как следует из таблицы неизменная слизистая оболочка среди всех исследуемых была выявлена у 7. Возраст больных колебался от 13 до 45 лет. Средний возраст равнялся 26 лет. Из них было: мужчин — 3, женщин — 4. Среди этих 7 больных *Helicobacter pylori* обнаружен у 5 (единичные — 1, в небольшом количестве — 1, в умеренном — 2, в большом — 1).

Хронический гастрит без атрофии установлен у 17 (31%) больных. Из них — поверхностный гастрит был выявлен у 15 (88,2%) больных, глубокий — у 2 (11,8%). Возраст больных колебался от 24 до 50 лет. Средний возраст составил 33 года. Среди них было мужчин — 6 (35,3%), женщин — 11 (64,7%). *Helicobacter pylori* выявлен у 12 (70,6%) больных (единичные — 1, в небольшом количестве — 4, в умеренном — 5, в большом — 2). У оставшихся 5 больных была смешанная флора.

Хронический атрофический гастрит с метаплазией эпителия слизистой оболочки и желез установлен у 31 (56,4%) больного. Из них у 12 (38,7%) обнаружен фундальный гастрит, у 19 (61,3%) — антральный.

Хронический фундальный гастрит с толстокишечной или неполной метаплазией зарегистрирован у 8 больных, с тонкокишечной или полной метаплазией — у 3. У одного больного был выявлен фундальный гастрит со смешанным типом ме-

Корреляция между морфологическими формами гастрита и *Helicobacter pylori*.

№	Состояние слизистой, формы гастрита	Количество наблюдений	Пол		Средний возраст пациентов	Helicobacter pylori				
			М	Ж		кол-во наблюдений с выявлением Hp	един. и небольшое кол-во	умеренное кол-во	обильное обсеменение	отсутствие
1	Неизменённая слизистая	7	3	4	26,5	5	2	2	1	2
2	Хронический гастрит без атрофии:									
	1) Поверхностный	15	4	11	33,0	11	5	5	1	—
	2) Глубокий	2	2	—		1	—	—	1	1
3	Хронический атрофический гастрит:	31								
	1) Фундальный	12	5	7	42	5	4	1	—	7
	а. Толстокишечная метаплазия	8								
	б. Тонкокишечная метаплазия	3								
	в. Смешанный тип метаплазии	1								
	2) Антральный	19	6	13	35	19	8	5	6	11
	а. Толстокишечная метаплазия	12								
	б. Тонкокишечная метаплазия	5								
	в. С-мешанный тип метаплазии	2								
Всего:		55	20	35	—	41	19	14	9	13

таплазии. Умеренная дисплазия эпителия слизистой и желез так же отмечена у одного больного. Из них *Helicobacter pylori* найдена у 5 больных (единичные — 2, в небольшом количестве — 2, в умеренном — 1).

Возраст больных хроническим фундальным гастритом колебался от 37 до 52 лет. Средний возраст равнялся 42 года. Мужчин в этой группе было 5 (41,7%), женщин — 7 (58,3%).

Хронический антральный гастрит с толстокишечной метаплазией установлен у 12 больных, с тонкокишечной метаплазией — у 5, со смешанным типом метаплазии — у 2. Умеренная дисплазия была у 2 больных. Из них *Helicobacter pylori* обнаружена у всех больных (единичные — 3, в небольшом количестве — 5, в умеренном — 5, в большом — 6). Возраст больных с хроническим антральным гастритом колебался от 23 до 46 лет. Средний возраст составил 35 лет. Мужчин в этой группе было — 9 (47,4%), женщин — 10 (52,6%).

Средний возраст больных хроническим гастритом без атрофии (поверхностный и глубокий) равнялся 33 года; хроническим атрофическим антральным — 35; хроническим атрофическим фундальным — 42.

Из 48 больных разными формами хронического гастрита хронический гастрит без атрофии слизистой оболочки встречался в 35,4% случаев (из них глубокий гастрит — в 11,8%, поверхностный — в 88,2%), хронического атрофического с кишечной метаплазией эпителия слизистой оболочки и желез — в 64,6% (фундальный — 25%, антральный — 75%).

Среди форм хронического атрофического гастрита преобладающим типом метаплазии явля-

лась толстокишечная или неполная (64,5%). На тонкокишечную или неполную метаплазию пришлось 25,8% случаев и смешанную — 9,7%.

Прямых корреляций между формами и выраженностью хронических гастритов и степенью обсеменения *Helicobacter pylori* не выявлено. Хотя, следует отметить, что в больших количествах она определялась во всех наблюдениях с хроническим атрофическим антральным гастритом.

С согласия 9 больных нами были произведены повторные эзофагогастродуоденоскопии с прицельной биопсией слизистой желудка через 1, 4, 6 месяцев. При этом у 4 из 9 (44,4%) больных отмечена положительная морфологическая динамика. У всех них установлено снижение воспалительной инфильтрации, отёка, редукция толстокишечной метаплазии. У одного больного выявлена редукция тяжелой дисплазии.

Таким образом, питьевой режим приема маломинерализованной гидрокарбонатно-натриевой, кальциево-магниевой, углекислой минеральной воды в комплексе с диетотерапией, терренкуром, тренирующим воздействием на организм среднегорья оказывает противовоспалительный, регенераторный и седативный эффект, что объясняется воздействием их на основные патогенетические звенья, принимающие участие в развитии и клиническом течении хронического гастрита. Влияние этих факторов оказывает благоприятное действие на различные органы и системы, способствует улучшению трофики и восстановлению нарушенных функций, повышению общей неспецифической реактивности.