

*Медицинские науки***АССОЦИАЦИЯ СУБЪЕКТИВНОЙ  
ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ, УРОВНЯ  
ТРЕВОГИ И ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ  
ПИЩЕВАРЕНИЯ У СТУДЕНТОВ**

Дробот Е.В., Грумеза Д.О., Ченский С.С.,  
Вартанова И.С., Цымбалюк И.Ю.,  
Беткараева М.Х., Вильгодская Е.А.

*ГОУ ВПО «Кубанский государственный  
медицинский университет», Краснодар,  
e-mail: mangust68@mail.ru*

Болезни органов пищеварения занимают одно из ведущих мест в структуре соматической патологии молодёжи. В связи с актуальностью проблемы цель настоящего исследования – анализ сопряжённости между субъективной оценкой здоровья студентами медицинского вуза, уровнем тревоги и наличием жалоб со стороны органов пищеварения.

Методом случайной выборки был протестировано 82 студента медицинского вуза. В зависимости от результатов субъективной оценки здоровья респонденты были разделены на группы. Так 1 группа 56 человек (68%) оценили своё состояние здоровья – «здоров», 2 группа – 11 человек (13,4%) имеют хронические заболевания органов пищеварения (хронический гастрит, язвенная болезнь) и регулярно получают лечение у специалиста, 3 группа 10 студентов (12,4%) «больны, но не лечатся» (хронический гастрит, ГЭРБ, колит) и 4 группа 5 человек (6%) ответили, что не информированы о состоянии своего здоровья. Все испытуемые были анкетированы по опроснику субъективной оценки тревоги. В 1 группе не смотря на то, что студенты считали себя здоровыми отрывку и изжогу отметили 35% опрошенных, причём частота встречаемости данных симптомов была сопоставима с таковой во 2 и 3 группах. Появление этих жалоб студенты связывали с нарушением режима питания или психо-эмоциональным напряжением. Абдоминальный болевой синдром встречался во всех выделенных нами группах. Боль возникала в различное время дня, но преимущественно в учебные часы, часто интенсивность её нарушала учебный процесс. В 1 группе доминировали голодные боли без четкой локализации – 63%, а в 2, 3, 4 боль провоцировалась погрешностью в диете в 33-50% случаев. Расстройство стула сопряжённое с эмоциональным стрессом во 2 и 3 группах встречалось в 3,5 раза чаще, чем в 1 группе. Далее была проанализирована сопряжённость между субъективной оценкой здоровья и уровнем тревоги респондентов. В 1 группе преобладал средний уровень тревоги с тенденцией к низкому – 46%, во 2 и 3 группах средний с тенден-

цией к высокому в 64 и 90% соответственно, а в 4 группе в 60% был выявлен высокий уровень тревоги.

Таким образом, для самооценки учащимися своего здоровья характерно некоторое противоречие между его положительной оценкой и наличием жалоб со стороны органов пищеварения. Уровень тревоги сопряжен с характером субъективной оценки своего здоровья студентами.

**ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ  
ОСОБЕННОСТИ РЕОГЕПАТОГРАММ  
БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ  
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ  
И ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ**

Дробот Е.В., Немцов А.В., Богданова К.В.,  
Трофимова А.В., Захарова А.Н.,  
Воловикова Е.А., Дерябина Н.С.

*ГОУ ВПО «Кубанский государственный  
медицинский университет», Краснодар,  
e-mail: mangust68@mail.ru*

При хронических заболеваниях органов пищеварения зачастую страдает гемодинамика печени, определённую роль в её диагностике играет реогепаатография. Реограмма печени достаточно вариабельна по своей форме и отражает специфику нарушений кровотока при различной патологии.

*Цель исследования: анализ и оценка особенностей реогепаатограмм больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) и больных хроническим гепатитом.*

Методом тетраполярной реографии исследовали регионарный внутривенный кровоток у 40 практически здоровых людей – контрольная группа (КГ), 55 больных ЯБДК, 12 больных ХГВ, 8 больных хроническим алкогольным гепатитом. Исследование проводили утром, натощак, после отмены накануне всех лекарственных препаратов.

Выявлено, что у больных ЯБДК в  $71 \pm 3,2\%$  случаев встречается форма кривой кровенаполнения печени артериального вида – доминирующая систолическая волна. Платообразного вида реограмма зарегистрирована в  $29,1 \pm 2,9\%$ . У данной категории больных сочетается высокая амплитуда реографической волны, в среднем  $13,1 \pm 0,9$  мм с более низким, в сравнении с КГ, базовым сопротивлением  $18,4 \pm 1,1$  Ом, против  $24,1 \pm 1,2$  Ом. У больных ХГВ преобладает венный тип кривой кровенаполнения печени (периоду систолы соответствует провал – систолический коллапс). Для этой группы пациентов характерно значительное снижение амплитуды реографической волны в сравнении с КГ и больными ЯБДК  $5,1 \pm 0,6$  мм, на фоне повышенного базового сопротивления  $34,2 \pm 2,6$  Ом. У боль-

ных алкогольным гепатитом в  $60,2 \pm 5,1\%$  определяется нитевидная форма кривой кровенаполнения печени, при этом амплитуда реографической волны соответствует  $3 \pm 0,6$  мм, а величина базового сопротивления составляет в среднем  $40,3 \pm 3,1$  Ом. У остальных  $40 \pm 4,2\%$  выявлен венный тип кривой кровенаполнения печени. Так, основные изменения реограмм у больных хроническим гепатитом по сравнению со здоровыми людьми и больными ЯБДК характеризуются увеличением импеданса ( $34,2 \pm 2,6$  и  $40,3 \pm 3,1$  Ом против  $18,4 \pm 1,1$  и  $24,1 \pm 1,2$  Ом  $p < 0,05$ ), снижением амплитуды систолической и диастолической волны. Перечисленные изменения указывают на снижение тонуса внутрипеченочных сосудов, затруднение венозного оттока и, как следствие, увеличение общего импеданса ткани печени.

Из выше изложенного следует, что существует тесная взаимосвязь между характером нарушений внутрипеченочной гемодинамики и типом реографической кривой.

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАТОМОРФОЗА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПОД ВЛИЯНИЕМ ЛИМФОТРОПНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ 5-ФТОРУРАЦИЛОМ И ЛЕЙКОВОРИНОМ**

Набатова О.С., Павленко С.Г., Кадол О.В., Сычева Н.Л., Фаустов Л.А.

*ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, Ростов-на-Дону;  
ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, e-mail: drpaulson@mail.ru*

В работах ряда отечественных и зарубежных исследователей установлено, что химиотерапевтическое лечение колоректального рака (КРР) 5-фторурацилом в сочетании с радикальными хирургическими операциями ведет к увеличению срока безрецидивной выживаемости больных и улучшению отдаленных результатов лечения [1, 3-7]. В этой связи морфологическое изучение патоморфоза раковой ткани и его кинетики под воздействием 5-фторурацила позволит получить надежные и объективные критерии для анализа роли данного химиопрепарата в комплексном лечении этой онкологической патологии.

**Методы исследования.** 50 больным с диагностированным КРР проводили лимфотропное введение 5-фторурацила с лейковорином в полном соответствии со способом, защищенным патентом на изобретение [2]. Процедуру лимфотропного введения химиопрепаратов осуществляли 1 раз в сутки. Кроме того, исследовали особенности патоморфоза КРР при дополнительном применении тамерита с целью коррекции иммунологических нарушений, возникающих вследствие иммунодепрессивного действия

самой опухоли, а также мексидола, обладающего антиоксидантными, дезинтоксикационными и мембраностабилизирующими свойствами, способного уменьшать токсические эффекты химиотерапии на организм. Так, для купирования иммунологических нарушений 20 больным назначали иммуномодулятор тамерит в дозе 0,1 г, а для уменьшения токсического эффекта 5-фторурацила больным вводили по 5 мл 5% раствора мексидола. Эти препараты применяли во время процедуры проведения ЛТХ после введения химотрипсина.

Исходную гистологическую структуру КРР изучали в биопсийном материале, взятом до лечения. Через 7–14 дней после окончания курса ЛТХ больным проводилась радикальное вмешательство: резекция или брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки.

Биоптаты и операционный материал фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина и заливали в парафин по общепринятой методике.

**Результаты исследования.** КРР у подавляющего большинства исследованных больных был представлен аденокарциномой различной степени дифференцировки.

Нами установлено, что под воздействием ЛТХ в аденокарциномах преобладали изменения альтеративного характера. При этом гибнущие и погибшие, лишенные ядер, опухолевые структуры, превращались в тканевую детрит, который занимал значительные территории. Кроме того, выраженные альтеративные изменения наблюдались и в мелких скоплениях раковых клеток, расположенных вокруг отграниченных участков опухоли. Гибель раковых клеток на периферии разрастаний опухолевой ткани, т.е. в зоне ее инфильтрирующего роста, можно рассматривать как устранение важного гистологического проявления злокачественности – инвазивного роста. Именно этим может быть объяснено отсутствие рецидивов рака у оперированных больных после проведения предоперационного курса ЛТХ.

Вблизи сохранившихся эпителиальных структур раковой опухоли часто выявлялись формирующиеся кистозные образования. Полость сформированных кист была заполнена слизистыми массами, в составе которых определялись кислые и нейтральные глюкозаминогликаны. Очевидно, что эти полости около участков опухолевой паренхимы образовались в результате гибели периферических участков опухолевых разрастаний, как наиболее чувствительных к проводимой химиотерапии. Вокруг нежизнеспособных пикноморфных опухолевых комплексов выявлялась юная грануляционная ткань. Территорию погибшей опухолевой ткани занимала новообразованная грануляционная и волокнистая соединительная ткань. Обрастание волокнистой соединитель-