

процесс и являются одним из критериев функционального состояния поджелудочной железы (табл. 8).

Таблица 8

Информативность комплексного ультразвукового исследования больных острым панкреатитом в ранние сроки от начала заболевания (< 48 часов)

Показатель информативности	Серошальное УЗИ	Комплексное УЗИ
Чувствительность	82%	99%
Специфичность	61%	85%
Точность метода	89%	98%

На основании проведенного исследования мы разработали алгоритм ранней диагностики острого панкреатита с определением зоны поражения поджелудочной железы (рис. 1), который позволил своевременно определить хирургическую тактику и начать адекватное лечение наблюдаемым больным.

Таким образом, комплексное ультразвуковое исследование позволяет в ранние сроки от начала заболевания диагностировать острый панкреатит с определением зоны поражения поджелудочной железы, тем самым оптимизировать хирургическую тактику, контролировать адекватность проводимого лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеечкина О.А. Ультразвуковая оценка интраорганного кровотока в поджелудочной железе при панкреонекрозе // Тез. докл. 3 съезда Российской Ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине. — М., 1999. — С. 83.
2. Бойко И.К. Диагностика хронического панкреатита и рака поджелудочной железы методом цветного дуплексного сканирования: автореф. дис... канд. мед. наук. — Иркутск, 2000. — 27 с.
3. Ваиетко Р.В., Толстой А.В., Курыгин А.А. и др. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы. — СПб.: Питер, 2000. — 320 с.
4. Зубарев А.В., Каленова И.В., Башилов В.П., Агафонов Н.П. Эхография в диагностике острого панкреатита // Современные инвазивные и неинвазивные методы диагностики. — М.: Аир-Арт, 2000. — С. 273-275.
5. Иванов С.В., Милев М.М., Истомин С.Р. и др. Диагностико-лечебный алгоритм при панкреонекрозе: метод. разработки. — Курск, 1998. — 20 с.
6. Костюченко А.Л., Филин В.И. Неотложная панкреатология. — СПб.: Деан, 2000. — 480 с.
7. Кунцевич Г.И., Скуба Н.Д., Щербаков С.В., Журенкова Т.В. Корреляция ультразвуковых и морфометрических методов исследования в оценке кровоснабжения поджелудочной железы при хроническом панкреатите и раке поджелудочной железы // Ультразвуковая диагностика. — 1998. — № 4. — С. 20-27.
8. Митков В.В., Брюховецкий Ю.А., Кондратова Г.М. Цветовая доплерография и энергетический доплер при ультразвуковых исследованиях поджелудочной железы // Клиническая физиология. Диагностика — новые методы. — М.: Аир-Арт, 1998. — С.177-180.
9. Мозутов М.С. Ультразвуковая семиотика острого панкреатита и его осложнений: автореф. дис... канд. мед. наук. — Ярославль, 1999. — 26 с.
10. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / Под ред. В.В. Миткова. — М.: Видар, 1996. — Т. 1. — 720 с.
11. Нестеренко Ю.А., Лиценко А.Н., Михайлов С.В. Гнойно-некротические осложнения острого панкреатита: Рук-во для врачей. — М., 1998. — 127 с.
12. Ультразвуковая доплеровская диагностика сосудистых заболеваний / Под ред. Ю.М. Никитина, А.И. Труханова. — М.: Видар, 1998. — 432 с.
13. Федоров В.Д., Буриев И.М., Икрамов Р.З. Хирургическая панкреатология. — М.: Медицина, 1999. — 208 с.
14. Jonson C.H., Imrie C.W. Pancreatic Diseases. — Springer, 1999. — 153 p.

Информация об авторах: Молчанова Ольга Владимировна — руководитель подразделения УЗД, к.м.н., email: molchanova_olga@mail.ru; Садах Максим Владимирович — врач-хирург, 664079 Иркутск, м/р Юбилейный, 100, sadakh1974@gmail.com; Капорский Вячеслав Иннокентьевич — к.м.н., заведующий отделением; Аюшинова Наталья Ильинична — к.м.н., врач-хирург; Пак Вячеслав Евгеньевич — к.м.н., заведующий отделением.

© ЦЭРЭНЧУНТ Г., ГЭРЭЛЭЭ Х., ТУУЛ М., БААСАНЖАВ Н., ОДГЭРЭЛ Ц., АМАРЖАРГАЛ Г. — 2012
УДК: 618.19-006.6-085.849.006.6-085.849 (048.8)

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖИТЕЛЕЙ МОНГОЛИИ

Гансук Цэрэнчунт¹, Хатанбаатар Гэрэлээ², Мятав Туул³,
Начин Баасанжав¹, Цогбадрах Одгэрэл³, Гансук Амаржаргал¹

(¹Медицинский научно-исследовательский институт Монголии; ²Патологоанатомический центр Монголии;

³Научно-исследовательский институт антропологии, Улаанбаатар, Монголия)

Резюме. В Монголии рак молочной железы занимает 7-е место в структуре раковых заболеваний. По данным 2004 года, регистрировалось около 2,5 случаев на 100 тыс. населения в год, за последние 5 лет заболеваемость увеличилась до 3,4 случаев, что указывает на возрастание данной патологии в Монголии. Обследовано 50 больных раком молочной железы. По результатам исследования инфильтрирующая протоковая карцинома составила 74%, (возрастная категория от 46 до 55 лет). При нарастании стадии заболевания и увеличении положительного выявления p53 с факторами ангиогенеза уменьшаются показатели выживаемости больных. Эстроген-позитивные показатели обратно пропорциональны позитивным показателям p53. Не выявлено взаимосвязи частоты эстроген-позитивных результатов и возраста, а также метастазирования в лимфатический узел.

Ключевые слова: инфильтрирующая дольковая карцинома, инфильтрирующая протоковая карцинома, рак молочной железы, эстроген, прогестерон, p53, фактор ангиогенеза.

IMMUNOHISTOCHEMISTRY ANALYSIS ON BREAST CANCER PATIENTS IN MONGOLIA

G. Tserenchunt¹, Kh. Gerelee², M. Tuul³, N. Baasanjav¹, Ts. Odgerel³, G. Amarjargal¹

(¹Mongolian Medical Research Centre, ²Pathological Centre of Mongolia,

³Research Institute of Anthropology, Ulaanbaatar, Mongolia)

Summary. In Mongolia, breast cancer takes 7 th place in the structure of oncological diseases and 2.5 events at 100.000 population per year are registered. By statistical data for latest 5 years breast cancer increased to 3.4 events for 100.000 population, which reveal further growth of this pathological changes in Mongolia. In this study we analyzed 50 tissues with breast cancer. Our results reveal 74% composed invasive ductal carcinoma, age group was 46 to 55 years. If increased clinical stage of breast cancer and positively detection of p53 with angiogenesis factor survival rate is decreased. Estrogen positive

rate is inversely against with positive rate of p53. Estrogen positive results have no effects on age and metastases in lymphatic node.

Key words: invasive ductal carcinoma, invasive lobular carcinoma, breast cancer, estrogen, progesterone, p53, vessel endothelial growth factor.

Распространенность рака молочной железы неодинакова в различных странах. В европейских странах ежегодно регистрируется около 180000 новых случаев, в Америке — 130000 [9]. Самая высокая заболеваемость приходится на Гавайи, Колумбию и Калифорнию, где заболеваемость на 100000 населения достигает 80-90 случаев, самая низкая заболеваемость в Японии — 12-15 случаев на 100000 населения [5]. В Монголии рак молочной железы занимает 7-е место в структуре раковых заболеваний, регистрируется около 2.5 случаев на 100000 населения ежегодно (2004 год). По статистическим данным за последние пять лет заболеваемость увеличилась до 3.4 случаев, что указывает на возрастание данной патологии в Монголии. В Улаанбаатаре за период 2005-2009 гг. было оперировано 89 больных раком молочной железы. На сегодняшний день больные раком молочной железы в Монголии имеют низкий уровень показателя 5-летней выживаемости, так как оперативное лечение не является единственным и окончательным лечением для больных данной патологией. В связи с этим, имеется необходимость дальнейшего лечения в виде неоадъювантной терапии, что требует иммуногистохимической диагностики, прежде всего для выбора тактики лечения, способствующей увеличению продолжительности жизни больных раком молочной железы.

Цель исследования: определение иммуногистохимических особенностей рака молочной железы в Монголии.

Материалы и методы

Было собрано 50 биопсийных материалов рака молочной железы, которые были получены в результате оперативного лечения пациенток в возрасте от 25 до 66 лет и старше. Иммуногистохимическое исследование проводилось трехшаговым авидин-биотин-пероксидазным методом на срезах с парафиновых блоков толщиной 5 мкм. Срезы монтировали на стекла, предварительно обработанные поли-L-лизин (из расчета 1 мг поли-L-лизина (Sigma, США) на 10 mL дистиллированной воды); обработку проводили дважды в течение 10 мин, с промежуточной сушкой в термостате в течение 10 мин при 37 °C. После депарафинирования в ксилоле и проведения через спирты нисходящей концентрации срезы переносили в дистиллированную воду. В целях демаскировки антигенов срезы помещали в раствор натрия цитрата (2,94 г на 1 л дистиллированной воды) в водяную баню и обрабатывали в течение 40 мин от момента закипания. После остывания промывали в дистиллированной воде. Для блокирования эндогенной пероксидазной активности на срезы наносили 3%-й раствор перекиси водорода. Через 10 мин срезы ополаскивали и переносили в дистиллированную воду и затем в трис-буфер на 3 мин. Затем на срезы наносили первичные антитела. Инкубацию с первичными антителами проводили во влажной камере в течение 15-30 мин (в зависимости от вида антитела) при комнатной температуре. После инкубации с первичными антителами срезы промывали в трис-буфере (TBS, DAKO, Дания) 3 мин и инкубировали с вторичными (анти-кроличьи и анти-мышинными) биотинилированными антителами (система визуализации LSAB2, DAKO, Дания) в течение 10 мин. После промывания в трис-буфере наносили на срезы стрептавидин-пероксидазный комплекс, инкубировали 10 мин и споласкивали. Выявление пероксидазной активности осуществляли с помощью раствора диаминобензидина (DAB) в субстрате (1 капля диаминобензидина на 1 mL субстрата, DAKO). Экспонировали в течение 5 мин. После споласкивания и промывки в дистиллированной воде ядра окрашивали гематоксилином. Срезы заключали в полистирол под покровные стекла по обычной методике.

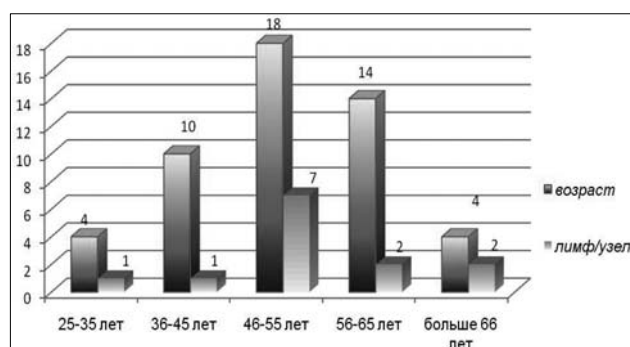


Диаграмма 1. Возрастная структура обследованных больных и частота метастатических изменений в лимфатических узлах в различных возрастных группах

Оценка результатов иммуногистохимического исследования проводилась с помощью светового микроскопа. С помощью антител к молекуле межклеточной адгезии CD 34 выявляли неоангиогенез в раках молочной железы и подсчитывали площадь сосудов с помощью программы DISCUS.

Таблица 1
Оценка результатов иммуногистохимического исследования были проведены согласно критериям DAKO [2]

	Баллы	Результаты
1.	0	Нет реакции или окрасились клетки меньше 30%
2.	+	Слабое окрашивание или окрасились клетки больше 30%
3.	++	Умеренное окрашивание
4.	+++	Сильное окрашивание

Результаты исследования были обработаны с помощью пакета программ SPSS Statistics 17.0. В статистической обработке материалов были использованы критерий χ^2 Пирсона, корреляционный анализ и t-критерий, кривые выживаемости Каплана-Майера. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p=0,05$.

Результаты и обсуждение

По результатам исследования обнаружены: инфильтрирующая протоковая карцинома у 36 (74%), инфильтрирующая дольковая карцинома — у 10 (20%), внутрипротоковый рак — у 2 (4%), папиллярная карцинома — у 1 (2%) больных.

Наибольшее число больных входило в возрастную группу 45-65 лет, в этой же возрастной группе выявлена и наиболее высокая частота метастазирования рака молочной железы в лимфатические узлы. Возрастная структура обследованных больных раком молочной железы и частота метастазирования опухоли в лимфатические узлы в различных возрастных группах представлена на диаграмме 1.

Для выявления факторов, влияющих на развитие заболевания и его прогноз использовали критерий χ^2 Пирсона, в результате получены следующие значения: p53 — $\chi^2 = 13,17$ ($p=1,3$); возраст — $\chi^2 = 12,2$ ($p=1,8$); стадия заболевания — $\chi^2 = 8,5$ ($p=15,0$); уровень прогестерона — $\chi^2 = 7,1$ ($p=1,3$); степень васкуляризации (CD34) — $\chi^2 = 7,68$ ($p=1,2$), что является статически значимым ($p=0,001$). Корреляционные соотношения между изученными иммуногистохимическими показателями у

Таблица 2
Корреляционная взаимосвязь между иммуногистохимическими характеристиками рака молочной железы

	P53	Возраст	Стадия	CD34	Эстроген	Прогестерон
P53	1	-0,002	0,059	0,335*	-0,405**	0,105
Возраст	-0,002	1	-0,137	-0,249	0,031	0,214
Стадия	0,059	-0,137	1	0,028	0,001	-0,020
CD34	-0,335	-0,249	0,028	1	-0,225	-0,135
Эстроген	-0,405**	0,031	0,001	-0,225	1	0,112
Прогестерон	0,105	0,214	-0,020	-0,135	0,112	1

Примечание: * $p < 0,01$; ** $p < 0,05$.

больных раком молочной железы представлены в таблице 2.

У всех исследованных показателей выявлена сильная взаимосвязь между этими показателями.

Результаты изучения взаимоотношений между уровнем гормонов (эстрогена и прогестерона) в раковых клетках молочной железы с видом опухоли и возрастом больных представлены в таблице 3.

Из таблицы 3 видно, что выявлена обратная корреляция между показателями возраста и содержанием эстрогена ($r = -0,607^{**}$), тогда как между показателями содержания эстрогена и прогестерона выявлена положительная корреляция ($r = 0,605^{**}$).

Иммунохимические феномены, выявленные при гистологическом исследовании препаратов инфильтрирующей дольковой карциномы и инфильтрирующей протоковой карциномы молочной железы представлены на рисунках 1-4.

При определении выживаемости по методу Каплан-Мейера получены следующие результаты:

- больных с 1-й стадией заболевания не было;
- во второй стадии выживаемость равна 55,3±2,4 месяцев;
- в третьей стадии — 48,5±1,52 месяцев;
- в четвертой стадии — 47,9±2,28 месяцев;

Следовательно, по мере увеличения стадии заболевания уменьшается продолжительность жизни у больных раком молочной железы.

По мнению Rosen и соавт. [12], эстроген- и прогестерон-позитивные опухоли молочной железы имеют более благоприятный прогноз по сравнению с гормонотрицательными опухолями, что полностью совпадает с результатами нашего исследования. Эстроген-позитивные опухоли в основном встречаются у пожилых людей и обратно пропорциональны с показателями p53 [2,7]. По результатам нашего исследования, выживаемость при гормонзависимых опухолях во второй стадии заболевания составляет 4,6 года, в третьей стадии — 4,1 года, в четвертой стадии — 3,9 лет, что свидетельствует об относительно высоком уровне выживаемости больных. Гормонзависимые опухоли в основном метастазируют в костную и мягкую ткани, яичники, тогда как гормонотрицательные опухоли

метастазируют в головной мозг и печень [3]. Гормонотрицательные опухоли характеризуются меньшими показателями выживаемости и более злокачественным течением [4]. P53 (белок p53) — транскрипционный фактор, регулирующий клеточный цикл, выполняет функцию супрессора образования злокачественных опухолей — блокатор апоптоза и мутантный p53 ассоциирован с резистентностью к лучевой и химиотерапии [10]. Сосудистый эндотелиальный фактор роста (VEGF) — важнейший стимулятор ангиогенеза и ингибитор апоптоза (фактор роста эндотелия сосудов). Являясь фактором выживаемости для эндотелиальных клеток, он не только стимулирует их пролиферацию, но и подавляет апоптоз, через индукцию bcl2. Его экспрессия существенно увеличена в опухолевых клетках по сравнению с нормальными клетками. Прогноз безрецидивной выживаемости у больных с VEGF-положительными опухолями существенно хуже, чем при отсутствии данного критерия, как при раннем, так и при распространенном раке молочной железы [6,14]. По результатам нашего исследования, при p53-

Таблица 3
Корреляционная связь иммуногистохимических показателей уровня эстрогена (Est) и прогестерона (Pr) в раке молочной железы

Показатели	Est (+)	Est(++)	Est(+++)	Pr(+)	Pr(++)	Pr(+++)	Диагноз	Возраст
Est(+)	1	0,540*	-0,333	0,480	0,338	. ^a	-0,108	-0,607**
Est(++)	0,540*	1	0,304	0,605**	-0,013	-0,006	-0,091	0,079
Est(+++)	-0,333	0,304	1	0,494	-0,072	0,575	-0,383	0,252
Pr(+)	0,480	0,605**	0,494	1	0,529**	0,850*	-0,028	0,202
Pr(++)	0,338	-0,013	-0,072	0,529**	1	-0,199	0,247	-0,011
Pr(+++)	. ^a	-0,006	0,575	0,850*	-0,199	1	-0,246	0,046
Диагноз	-0,108	-0,091	-0,383	-0,028	0,247	-0,246	1	0,083
Возраст	-0,607**	0,079	0,252	0,202	-0,011	0,046	0,083	1

Примечание: * $p < 0,01$, ** $p < 0,05$.

и VEGF-положительных опухолях течение заболевания более злокачественное и характеризуется низкими показателями выживаемости больных, что подтверждается результатами других исследований. И поэтому многие ученые пришли к выводу о том, что p53 и VEGF являются независимыми прогностическими факторами для определения выживаемости больных раком молочной железы [7,8,11,13]. Эстроген-позитивные опухоли встречаются у больных с инфильтрирующей дольковой карциномой, при этом эстроген-позитивный фактор не влияет на возраст и метастазирование в лимфатический узел [1], что полностью совпадает с результатами нашего исследования. Не выявлено принципиальной разницы в методах лечения инфильтрирующей дольковой и инфильтрирующей протоковой карцином [2]. Следовательно, проведение иммуногистохимической диагностики необходимо для выбора метода лечения, которое определяет выживаемость больных раком молочной железы.

Таким образом, по результатам нашего исследования, среди опухолей молочной железы инфильтрирующая протоковая карцинома составляет 74%, преимуще-

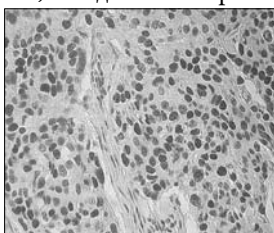


Рис. 1. Экспрессия p53 в инфильтрирующей дольковой карциноме (x 40).

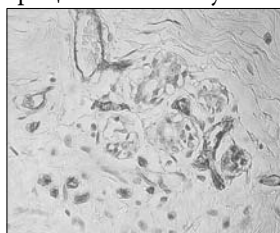


Рис. 2. Экспрессия CD 34 в инфильтрирующей протоковой карциноме (x 40).

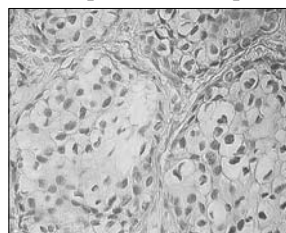


Рис. 3. Экспрессия эстрогена в инфильтрирующей протоковой карциноме (x 40).

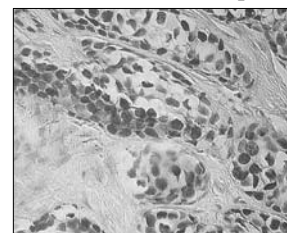


Рис. 4. Экспрессия прогестерона в инфильтрирующей протоковой карциноме (x 40).

ственно у женщин в возрасте от 46 до 55 лет. Показатели p53 и VEGF являются независимыми прогностическими факторами при раке молочной железы. Так, наличие

p53 может расцениваться, как показатель неблагоприятного прогноза при раке молочной железы, в том числе у жителей Монголии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волченко Н.Н., Завалишина Л.Э., Шимбирева И.Б. Рецепторы эстрогенов в инвазивном раке молочной железы // Российский онкологический журнал. — 1999. — №3. — С.10-11.
2. Франк Г., Пак Д.Д., Рябов И.И. Прогностическое значение некоторых клинико-морфологических факторов при инвазивном дольковом раке молочной железы. // Российский онкологический журнал. — 2006. — №11. — С.17-20.
3. Alkarain A., Jordan R., Slingerland J. P27 deregulation in breast cancer: prognostic significance and implications for therapy // J. Mammary Gland. Biol. Neoplasia. — 2004 — №9(1). — P. 67-80.
4. Bergh J., Norberg T., Sjogren S., et al. Complete sequencing of the p53 gene provides prognostic information in breast cancer patients, particularly in relation to adjuvant systemic therapy and radiotherapy. // Nat. Med. — 1995. — №1(10). — P. 1029-1034.
5. Burkhardt M., Mayordomo E. Cytoplasmic overexpression of ALCAM in prognostic of disease progression in breast cancer. // J. Clin. Pathol. — 2006. — Vol.59. — P. 403-409.
6. Diamandis E.P., Yousef G.M., Luo L.Y., et al. The new human kallikrein gene family: implications in carcinogenesis. // Trends Endocrinol. Metab. — 2000. — №11. — P. 54-60.
7. DiGiovanna M.P., Stern D.F., Edgerton S.M., et al. // J. Clin. Oncology. Relationship of Epidermal Growth Factor Receptor Expression to ErbB-2 Signaling Activity and Prognosis in Breast Cancer Patients — 2005. — Vol. 23. — P. 1152-1160.
8. Fox S.B., Hollyer J., Smith K., et al. The epidermal growth factor receptor as a prognostic marker: results of 370 patients and review of 3009 patients. // Breast Cancer Res. Treat. — 1994 — Vol. 29. — P.41-49.
9. Fritzsche F.R., Dah E., Pahl S., et al. Prognostic relevance of AGR2 expression in breast cancer. // Clin. Cancer Res. — 2006. — Vol.12 (6). — P. 1728-1734.
10. Makris A., Powles T.J., Dowsett M., et al. P53 protein over expression and chemo sensitivity in breast cancer // Lancet. — 1995. — V. 345. №8958. — P. 1181-1182.
11. Ravdin P.M., Green S., Dorr T.M., et al. Prognostic significance of progesterone receptor levels in estrogen receptor-positive patients with metastatic breast cancer treated with tamoxifen: results of a prospective Southwest Oncology Group study. // J. Clin. Oncology. — 1992. — V.10(8). — P. 1284-1291.
12. Rosen P.P., Groshen S., et al. Factors influencing prognosis in node-negative breast carcinoma: Analysis of 767 T1N0M0/T2N0M0 patients with long-term follow-up. // J. Clin. Oncol. — 1993. — Vol. 11. — P. 2090-2100.
13. Scorilas A., Talieri M., Ardavanis A., et al. Polyadenylate polymerase enzymatic activity in mammary tumor cytosols: A new independent prognostic marker in primary breast cancer. // Cancer Res. — 2000. — Vol.60. — P. 5427-5433.
14. Slingerland J., Pagano M. Regulation of the Cdk inhibitor p27 and its deregulation in cancer. // J. Cell. physiology. — 2000. — V. 183. Issue 1. — P. 10-17.

Информация об авторах: Начин Баасанжав — д.м.н., профессор, Гансук Цэрэнчунт — к.м.н., доцент, Гансук Амаржаргал — научный сотрудник, Хатанбаатар Гэрэлээ — к.м.н., Мятав Туул — д.м.н., Цогбадрах Одгэрэл — научный сотрудник.

© СОСНОВСКАЯ Е.В. — 2012
УДК: 616. 37-002-036.67-037:614.2

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖИТЕЛЕЙ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ НА АМБУЛАТОРНОМ И СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ

Евгения Валерьевна Сосновская

(Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н. Ф.И. Петровский;
Омский научно-исследовательский центр СО РАМН, директор — д.м.н., проф. В.В. Семченко)

Резюме. С помощью опросника SF-36 проведен анализ физического и психического здоровья у жителей Западной Сибири на различных этапах лечения язвенной болезни (n=188) и хронического гастрита (n=225). Дискриминация по месту лечения выявила статистически значимое влияние на суммарные показатели здоровья пациентов с язвенной болезнью и хроническим гастритом. У пациентов, проходивших лечение в стационарах, в большей степени страдали психические компоненты здоровья.

Ключевые слова: язвенная болезнь, хронический гастрит, физическое и психическое здоровье, опрос, Западная Сибирь.

FEATURES OF PHYSICAL AND MENTAL HEALTH IN PATIENTS WITH CHRONIC GASTRITIS AND THE STOMACH ULCER HIVING IN WESTERN SIBERIA AT OUT-PATIENT AND STATIONARY STAGES OF TREATMENT

Evgenie Valerevna Sosnovskaja

(Hanti-Mansiysk State Medical Academy; Omsk Research Centre of the SB RAMS, Russia)

Summary. By means of questionnaire SF-36 the analysis of physical and mental health in inhabitants of Western Siberia at various stages of treatment of a stomach ulcer (n=188) and a chronic gastritis (n=225) is carried out. Discrimination in a treatment place has revealed statistically significant influence on total indicators of health of patients with stomach ulcer and a chronic gastritis. In the patients, receiving treatment in hospitals, in mostly degrees mental components of health suffered.

Key words: stomach ulcer, chronic gastritis, physical and mental health, interrogation, Western Siberia.

Современные методы получения информации с помощью выборочного опроса позволяют составить представление о состоянии здоровья населения и качестве жизни [1, 2, 3, 5, 8, 9, 10]. Физический и психический компоненты здоровья пациентов рассматриваются как самостоятельный критерий оценки эффективности те-

рапии, по значимости близкий к клиническим методам [3, 6]. Поэтому показатели, отражающие состояние физического и психического компонента здоровья, можно использовать для самостоятельной характеристики самочувствия больного и контроля эффективности терапии, дополняя тем самым традиционный анализ объ-