способствует увеличению мощности доминирующей адаптационной системы и уменьшает стресс-реакцию.

В ряде случаев переходная стадия затягивается. В этих случаях не только сохраняются возникшие нарушения гомеостаза, но и стресс-реакция превращается из звена адаптации в звено патологического процесса.

В медицинской практике чаще всего встречается чрезмерная по своей напряженности адаптация к определенному фактору (политравма, ожоговая травма, сепсис и т.д.), которая длительное время, протекая успешно, имеет, тем не менее, высокую структурную цену. Это может привести и часто приводит к еще одной проблеме – возникновению отрицательной перекрестной адаптации, которая наиболее часто возникает у больных с острыми истощающими заболеваниями или травматическими поражениями.

Нашими исследованиями установлено, что продолжительная, повторяющаяся или сочетанная стрессорная нагрузка разного происхождения (нейрогенный, хирургический, радиационный стресс и др.) может привести к дисбалансу в адрено-тиреоидной системе, к становлению синдрома адрено-тиреоидной дисфункции в её разнообразном клиническом проявлении. Этот дисбаланс приводит к глубоким нарушениям биоэнергетики клетки: к изменениям активности ферментов дыхательной цепи митохондрий, к разобщению окислительного фосфорилирования, к снижению синтеза АТФ, к нарушению образования метаболитов пуриновых нуклеотидов – основных модуляторов клеточных функций (АМФ, ИМФ, аденозина и др.).

Эти данные подтверждают положение о том, что адрено-тиреоидная система является главной регуляторной системой, обеспечивающей трансбиоэнергетический контроль адаптационных процессов стресс реакции организма.

В последующих исследованиях (Тапбергенов С.О., Тапбергенов Т.С. 1998, 2003, 2005, 2011) нами было установлено, что не только при длительных стрессовых воздействиях разного происхождения, но и в периоды после воздействия на организм ионизирующего излучения, а также и при старении организма, имеет место состояние дезадаптации, вызванное нарушением адрено-тиреоидных взаимоотношений, проявляющиеся следующими симптомами:

– истощением симпатической активности;

– транзиторным гипотиреозом;

– нарушением синтеза специфических внутриклеточных модуляторов метаболитов пуриновых нуклеотидов;

– нарушением механизмов трансформации энергии;

– нарушением системы антиоксидантной защиты;

– формированием функциональной неполноценности иммунитета с признаками вторичного иммунодефицита;

– ускорением процессов преждевременного старения организма;

– усилением процессов возрастной аутоиммунизации.

Все эти данные свидетельствуют о том, что в основе механизма дезадаптации, возникающего при длительных или повторных стрессорных на организм воздействиях, лежит нарушение регуляторной функции адрено-тиреоидной системы, и это состояние может быть квалифицировано как **синдром адрено-тиреоидной дисфункции**.

Известно, что в практике критической медицины чаще всего встречается чрезмерная по своей напряженности адаптация к определенному фактору, которая какое-то время, протекая успешно, в итоге завершается состоянием дезадаптации, вследствие чего и возникают многочисленные симптомы стрессовых заболеваний. В этой связи, понимание механизма становления синдрома адрено-тиреоидной дисфункции может помочь клиницисту в разработке адекватных способов лечения затяжных патологических состояний.

СОЧЕТАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

[1]Физулин М.М., [1]Павленко С.Г., [2]Набатова О.С.

[1]НОЧУ ВПО «Кубанский медицинский институт» Министерства образования и науки РФ;
[2]ФБГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России,
e-mail: drpaulson@mail.ru

В настоящее время во всем мире отмечается неуклонный рост онкологической заболеваемости, в том числе – колоректальным раком (КРР). Наша страна не является исключением: отмечен неуклонный рост заболеваемости КРР – от 13 до 17,9 человек на 100000 населения. [В.И. Чиссов и соавт., 2008; М.И. Давыдов, Е.М. Аксель, 2008]. Среди злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта колоректальный рак по частоте выявления занимает третье место после рака желудка и рака пищевода. Из пациентов, выявленных впервые, радикально оперируется около 50 % больных [В.И. Оноприев, 2002], при этом подавляющее большинство пациентов являются лицами старших возрастных групп – около 72,5 % онкоколопроктологических больных находятся в возрасте старше 60 лет, из них лиц старше 70 лет – 42,5 %, на общее состояние которых, помимо опухолевого процесса оказывает определенное влияние сопутствующая хирургическая и соматическая патология [A. Eliesku, E. Brătucu, 2012; R. Oliphant et al., 2013].

Колоректальный рак у больных старше 60 лет нередко сочетается с другими хирургическими заболеваниями органов брюшной полости

и забрюшинного пространства [В.З. Маховский и соавт., 2012; П.В. Царьков и соавт., 2012]. Это требует нестандартных решений в подготовке и выборе последовательности вмешательств на разных органах. Перед хирургом стоит непростая задача в выборе тактики лечения пожилого больного; сдерживающими моментами являются высокая частота послеоперационных осложнений и летальность, которая многократно возрастает в случаях осложненного течения КРР.

Цель исследования: повышение эффективности лечения больных старших возрастных групп, страдающих КРР с сопутствующей хирургической патологией, путем выполнения сочетанных операций.

В клинический раздел вошли результаты обследования и лечения 309 больных (127 больных основной и 174 – контрольной групп) пожилого и старческого возраста, впервые прооперированных по поводу колоректального рака. Все исследования и лечение больных основной группы проводились в Краснодарском клиническом госпитале для ветеранов войн имени профессора В.К. Красовитова, а контрольной группы – в хирургических отделениях двух краевых учреждений. В основную группу наблюдаемых больных вошли 92 (72,4%) мужчины и 35 (27,6%) женщин в возрасте от 60 до 86 лет. Средний возраст составил 74,7 ± 0,5 года. Соотношение мужчин и женщин соответствовало 3,8:1,0. Контрольная группа была сопоставима. Следует отметить, что наибольшая часть анализируемых больных основной группы (48,8%) находилась в возрасте от 70 до 79 лет. Длительность анамнеза у больных от момента появления первых клинических симптомов до момента операции колебалась в пределах от 1 месяца до 3 лет и составила в среднем 7,7 ± 0,5 месяца в основной и 6,5 ± 0,4 месяца – в контрольной группах. У 60 (47,2%) больных основной группы и у 74 42,5%) пациентов контрольной группы опухоль прорастала все слои стенки толстой кишки (T_3–T_4), что указывало на запущенность процесса у данного контингента больных. Отмечено, что у всех пациентов имелись серьезные сопутствующие заболевания (от двух до семи) одновременно.

В дооперационном периоде выполнялась комплексная диагностика с привлечением смежных специалистов, оценка степени операционного риска, коррекция сопутствующей терапевтической патологии, профилактика стрессовых язв назначением препарата бета-каротина, нутритивная поддержка и коррекция дисбиоза толстой кишки с использованием экстракта пектинового яблочного (патент РФ на изобретение № 2293568). Интраоперационно использовались прецизионные хирургические технологии, авторские инструменты и способы лечения. Разработаны: способ защиты анастомоза у пожилых женщин (патент РФ на изобретение № 2307607), способ лечения травм нижнего полюса селезенки (патент РФ на изобретение № 2302826), способ остановки кровотечения из вен крестцового сплетения (патент РФ на изобретение № 2456939). Расширению показаний к операциям способствовала разработка и использование лимфотропной полихимиотерапии с включением антиоксиданта и иммуномодулятора, позволившей у 9 больных, ранее считавшихся неоперабельными, выполнить радикальные операции.

112 (88,1%) пациентов основной группы были прооперированы радикально. В контрольной группе радикальные оперативные вмешательства выполнены 123 (70,6%) больному. Риск анестезии оценивался по общепринятым критериям ASA. Всем больным выполнялось комбинированное обезболивание с установкой эпидурального катетера. В основной группе из сочетанных операций наиболее часто выполнялись холецистэктомия – у 26 (20,4%), ушивание внутреннего отверстия пахового канала – 12 (9,4%), сегментарная радикальная дуоденопластика – 5 (3,9%). Расширенная забрюшинная лимфаденэктомия в объеме D_3, отнесенная некоторыми авторами к сочетанной операции [Г.И. Воробьев, 2003], выполнена у 65 (51,8%) пациентов. Увеличение продолжительности сочетанных операций не превысило 40 ± 8,0 мин. В основной группе в послеоперационном периоде умерло 4 (3,1%) больных. В контрольной группе – 22 (12,6%) прооперированных пациентов.

Для оценки качества жизни использовали вопросник SF-36. В результате проводимых исследований отмечены статистически достоверные (метод Фишера) более высокие показатели качества жизни после оперативного лечения практически у всех пациентов старше 60 лет, перенесших сочетанные операции поводу колоректального рака. Наиболее высокие показатели отмечены в сфере физического и эмоционально-психологического статусов.

Таким образом, пациенты, страдающие КРР и имеющие сочетанные хирургические болезни, после комплексной подготовки могут быть подвержены симультанным операциям без превышения риска увеличения числа послеоперационных осложнений и летальности.

Список литературы:

1. Техника выполнения расширенной аорто-подвздошно-тазовой лимфаденэктомии с использованием паравезикального доступа с медиальным отведением наружных подвздошных сосудов / Г.И. Воробьев, Т.С. Одарюк, П.В. Царьков [и др.] // Актуальные проблемы современной хирургии (международный хирургический конгресс): труды конгресса. – М., 2003. – С. 131.

2. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2006 г. // Вестник РОНЦ им Н.Н. Блохина РАМН. – 2008. – Т. 12. – С. 3–154.

3. Экстренные сочетанные операции в хирургии органов брюшной полости / В.З. Маховский, В.А. Аксе-

ненко, И.М. Лайпанов, Ж.М. Яхья // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2012. – № 9 – С. 48–54.

4. Оноприев В.И., Павленко С.Г., Каиров Г.Б. Технология формирования однорядных подампулярных и надсфинктерных колоректальных анастомозов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2002. – Т. 161. – № 1. – С. 103–104.

5. Мультидисциплинарный подход в плановой хирургии колоректального рака у больных старческого возраста / П.В. Царьков, В.В. Никода, В.И. Стамов [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2012. – № 2. – С. 4–13.

6. Чиссов В.И., Старинский В.В., Александрова Л.М. Совершенствование онкологической помощи населению России в рамках национального проекта «Здоровье» // Сибирский онкологический вестник. – 2009. – № 2. – С. 212–213.

7. Eliescu A, Brătucu E. The management of colon cancer in case of coexistence with an abdominal aortic aneurysm. Chirurgia (Bucur). – 2012 Nov-Dec. – № 107(6). – P. 785–90.

8. Oliphant R. in collaboration with the West of Scotland Colorectal Cancer Managed Clinical Network. Deprivation and Colorectal Cancer Surgery: Longer-Term Survival Inequalities are Due to Differential Postoperative Mortality Between Socioeconomic Groups / R. Oliphant, G.A. Nicholson, P.G. Horgan // Ann Surg Oncol. – 2013 Mar 26.

ОСТРАЯ ТОКСИЧНОСТЬ ЛЮБИСТОКА ЛЕКАРСТВЕННОГО

Шевцова Я.Я., Шемонаева М.В., Сергиенко А.В., Ивашев М.Н., Степанова Э.Ф.

ПМФИ- филиал ГБОУ ВПО Волг ГМУ Минздрава России, Пятигорск, e-mail: ivashev@bk.ru

Исследованию на острую токсичность подвергаются все средства, которые перспективны для разработки на их основе лекарственных препаратов для лечения и профилактики заболеваний [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13].

Цель исследования. Острая токсичность любистока лекарственного.

Материал и методы исследования. Исследование проводили на мышах, выращенных в условиях вивария Пятигорского филиала ВолгГМУ. Опытных животных распределяли на 5 групп, используя в качестве критерия выживаемость животных: группа 1 – контрольная (вводили физиологический раствор); группа 2–5 серий животных получавших спиртовое извлечение корней любистока в дозе от 1000 до 5010 мг/кг через рот с шагом в 1002 мг/кг. В контрольной и опытных сериях находилось по 10 мышей. После введения мышам спиртового извлечения корней любистока в указанных дозах оценивали состояние животных в течение 6 часов непрерывно, далее на протяжении 14 суток один раз в день. Полученные результаты оценивались стандартными методами статистики.

Результаты исследования. В ходе опыта отмечено, что каких-либо изменений в общем состоянии животных, особенности их поведения, интенсивности и характера двигательной активности, тонуса скелетных мышц, потребления корма и воды не выявлено, после применения мышам спиртового извлечения корней любистока. Выживаемость животных составила 100% во всех сериях проведенного опыта. При сравнении состояния животных в контрольной серии и опытных (введение мышам спиртового извлечения корней любистока в разных дозировках) статистически достоверных изменений не выявлено. По классификации К.К.Сидорова изученное извлечение можно отнести к классу практически нетоксичных веществ.

Выводы. Спиртовой экстракт любистока лекарственного не оказывает токсического эффекта на изучаемые показатели при проведении изучения по острой токсичности.

Список литературы

1. Биологическая активность соединений, полученных синтетическим путем / М.Н. Ивашев [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 7. – Ч.2. – С. 441–444.

2. Влияние ГАМК и пирацетама на мозговое кровообращение и нейрогенные механизмы его регуляции / М.Н. Ивашев [и др.] // Фармакология и токсикология. – 1984. – № 6. – С. 40–43.

3. Зацепина Е.Е. Исследование репаративной активности экстракта жирного масла шиповника при моделированном ожоге у крыс / Е.Е. Зацепина, А.В. Сергиенко, М.Н. Ивашев // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 3. – С. 122–123.

4. Определение раздражающего действия и острой токсичности иммобилизованных форм бактерий / А.В. Корочинский, И.А. Савенко, А.В. Сергиенко, М.Н. Ивашев // Биомедицина. – 2010. – Т.1. – № 1. – С. 97–99.

5. Мальков И.В. Аминокапроновая кислота – противовоспалительное средство без иммунотоксического побочного эффекта / И.В. Мальков, А.В. Сергиенко, М.Н. Ивашев // Аллергология и иммунология. – 2006. – Т. 7. – № 3. – С. 437а–437.

6. Поиск и изучение лекарственных средств, влияющих на воспалительный процесс: автореф. дис. ... д-ра биол. наук / А.В. Сергиенко // Научно-исследовательский институт фармакологии РАМН. – М., 2006.

7. Результаты макроморфологического исследования состояния внутренних органов крыс при длительном применении масляного экстракта плодов пальмы сабаль / А.В. Савенко, И.А. Савенко, А.В. Сергиенко, М.Н. Ивашев // Международный журнал экспериментального образования. – 2013. – № 3. – С. 14.

8. Возможность применения ветеринарного препарата в экспериментальной фармакологии / И.А. Савенко [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 5. – Ч. 2. – С. 422.

9. Сергиенко А.В. Экспериментальное изучение общей токсичности и анаболической активности масляного раствора поливитаминного комплекса А, D3, Е / А.В. Сергиенко, А.Б. Саморядова, М.Н. Ивашев // Депонированная рукопись № 322-В2003 18.02.2003.

10. Сергиенко А.В. Суппозитории индометацина с глюкозамином – новое противовоспалительное средство // Фармация. – 2005. – № 6. – С. 31–32.

11. Сергиенко А.В. Протекторы тканевого метаболизма в экспериментальной фармакологии / А.В. Сергиенко, М.Н. Ивашев // Аллергология и иммунология. – 2006. – Т. 7. – № 3. – С. 439а.

12. Сергиенко А.В. Клиническая фармакология ацетилцистеина / А.В. Сергиенко, М.Н. Ивашев // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 5. – С. 116–117.

13. Сулейманов С.Ш. Юридические и этические аспекты применения лекарственных средств // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. – № 9. – С. 13–19.