# ХАРАКТЕРИСТИКА ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ОТДАЛЕННЫЙ ПЕРИОД ОДНОМОМЕНТНОГО И ДВУХЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Касаткин В.Ф., Жилин В.Ф., Макаренко Н.В., Максимов А.Ю., Демидова А.А. Ростовский научно-исследовательский онкологический институт, Ростов-на-Дону

Изучить динамику трудовой реабилитации у больных раком пищевода в отдаленный период одномоментного и двухэтапного хирургического лечения.

Среди больных раком пищевода были выделены группы: основная и контрольная. Основная группа — пациенты, которым была предпринята одномоментная субтотальная резекция пищевода и пластика желудком (операция типа Льюиса) (n=128). Контрольная группа — пациенты, которым выполняли двухэтапную операцию: на первом этапе — резекция опухоли пищевода с формированием эзофаго- и гастростомы, на втором этапе — формирование искусственного пищевода из желудка (желудочный стебель) (n=119).

Среди пациентов основной группы через 3 месяца после операции 2 пациента восстановили свою работоспособность, причем эти больные принадлежали к категории лиц умственного труда. В данный период наблюдения среди больных контрольной группы восстановления трудоспособности не было ни у одного из пациентов. За период наблюдения от 3 до 6 месяцев среди больных основной группы трудоспособность восстановили 10,9%, в контрольной группе - в 3 раза меньшее количество пациентов – 3,4%. Через 6-12 месяцев после операции восстановление трудоспособности наблюдали у 35,9% пациентов основной группы и у 14,3% больных контрольной группы. Таким образом, у больных основной группы трудовая реабилитация происходила в большем объеме и в меньшие сроки, чем у пациентов контрольной группы.

У больных основной группы через 12 мес после операции восстановление трудоспособности имело место в 48,4%, у пациентов контрольной группы — в 17,6%. Среди лиц умственного труда восстановление трудоспособности в основной группе имело место в 83,7%, а у пациентов контрольной группы — в 36,8%. Восстановление трудоспособности лиц квалифицированного физического труда через год после операции было отмечено в 41,3%, а в контрольной группе — в 11,9%. Восстановление трудоспособности лиц неквалифицированного физического труда в основной группе встречалось в 18,0%, а в контрольной группе — в 5,1%.

У больных основной группы через 12 мес после лечения встречаемость II группы инвалидности была 90,8%, III группы инвалидности - 9%. У пациентов контрольной группы II группы инвалидности была 90,8%, III группы инвалидности - 9%. Сравнительный анализ представленных данных позволил заключить, что пациенты основной группы независимо от вида трудовой деятельности восстанавливали свою трудоспособность в большем проценте наблюдений. В ос-

новной и контрольной группах пациенты умственного труда восстанавливали свою трудоспособность с большей частотой.

#### ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Касаткин В.Ф., Жилин В.Ф., Громыко Р.Е., Максимов А.Ю.

Представлено наблюдение за больным С., перенесшим в течение 8 лет 4 оперативных вмешательства в РНИОИ по поводу рака слепой кишки, метахронного метастаза в правую долю печени, гепатоцеллюлярной аденомы левой доли печени и анапластической астроцитомы левой лобной доли головного мозга.

Активная хирургическая тактика в отношении злокачественных и доброкачественных опухолей различной локализации является приоритетной.

Больной С. 1930 г.р. (История болезни №8165/к) был оперирован в РНИОИ 4 раза.

3.04.1997 по поводу рака слепой кишки  $T_3N_0M_0$  стадия II в ТАО выполнена правосторонняя гемиколэктомия (г.а. №456011-15 – умереннодифференцированная аденокарцинома).

5.08.1999 по поводу метахронного метастаза рака слепой кишки в правую долю печени выполнена правосторонняя гемигепатэктомия (г.а. №541802-4 — метастаз аденокарциномы). Индивидуальной особенностью больного явился малый объем левой доли печени, составивший 15% от всей паренхимы печени. Послеоперационный период осложнился кровотечением из брюшной полости и явлениями печеночной недостаточности, которые были купированы консервативными мероприятиями. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

10.12.2003 по поводу гепатоцеллюлярной аденомы больному была выполнена атипичная резекция левой доли печени (г.а. №720658-59).

30.03.05 в отделении опухолей ЦНС РНИОИ по поводу анапластической астроцитомы (г.а. № 792913-14) произведена костно-пластическая краниотомия, удаление опухоли левой лобной доли.

В настоящее время больной чувствует себя удовлетворительно. Признаков генерализации опухолевого процесса и явлений печеночной недостаточности нет. Неврологическая симптоматика регрессировала.

### РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Касаткин В.Ф., Каймакчи О.Ю., ьчук О.Я., Санамянц С.В., Максимов А.Ю

Данильчук О.Я., Санамянц С.В., Максимов А.Ю.

Умение оперировать фармакокинетическими понятиями и использовать их в практической деятельности переводит мышление анестезиологов на качественно новый уровень, и повышает качество пособия и безопасность больных, поскольку многие особенности фармакодинамики напрямую связаны с фармакокинетическими процессами. При выполнении панкреатодуоденальной резекции больным контрольной

группы (n=38) вводили 1% раствор морфина гидрохлорида внутривенно. Пациентам основной группы (n=56) внутривенно вводили раствор морфина гидрохлорида, инкубированный на плазме, содержащей этиловый спирт. После чего снижение концентрации этого анестетика проходило три экспоненциальные фазы: t1/2  $a = 3.8 \pm 0.1$  мин (распределительная фаза),  $t_{1/2}^{\phantom{1}}b_{\phantom{1}=39+0,7}$  мин (фаза элиминации),  $t_{1/2}^{\phantom{1}}g_{\phantom{1}=180+1,7}$ мин (период полувыведения). После введения морфина гидрохлорида в контрольной группе аналогичные показатели имели следующее значение:  $t_{1/2}a_{=2,7+0,3}$ МИН (распределительная фаза),  $t_{1/2}$   $b_{=28+0.9}$  мин (фаза элиминации),  $t_{1/2}$   $g_{=126+2.1}$ мин (период полувыведения). Итак, в основной группе продолжительность действия морфина гидрохлорида значительно увеличивается, смещается зависимость эффекта и концентрации препарата в плазме, снижается плазменный клиренс. Потенциирование эффекта морфина гидрохлорида этанолом можно объяснить следующими механизмами. Этанол, как мелкая органическая молекула легко растворяется в липидном бислое клеточных мембран, уменьшая при этом их вязкость и увеличивая текучесть. Изменение вязкостно-эластических свойств биомембран вызывает целый ряд различных эффектов: изменение структуры и функции рецепторов к ряду медиаторов, в том числе опиатам, дофамину, нарадреналину, изменение структуры и функции ферментных систем (Na+-K+-АТФазы, ацетилхолинэстеразы, аденилатциклазы и др.), рецепторозависимых ионных каналов и транспортных молекул, ассоциированных с клеточными мембранами. Таким образом, этанол повышает чувствительность опиатных рецепторов к морфину, что обеспечивает пермиссивный характер взаимодействия между химическими веществами.

### СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Касаткин В.Ф., Каймакчи О.Ю., Чижиков Н.Б., Санамянц С.В., Максимов А.Ю.

Для профилактики и лечения острого послеоперационного панкреатита после панкреатодуоденальной резекции большое значение отводится медикаментозным средствам. В соответствии с ферментативной теорией, любое повреждающее действие этиологического фактора на поджелудочную железу вызывает образование гипотетического фермента цитокиназы. Данный фермент активирует трипсин, который вызывает аутокаталитическую реакцию. После пересечения поджелудочной железы из поврежденных клеток железы выделяются ферменты, под действием которых трипсиноген переходит в трипсин, в свою очередь активирующий калликреин. Последний, действуя на киноген, образует высокоактивный пептид каллидин, быстро превращающийся в брадикинин. Избыточное количество брадикинина способствует ряду реакций, которые приводят к отеку, кровоизлияниям в ткань железы и забрющинную клетчатку. В основной группе больных вводили ингибиторы протеаз (гордокс), инкубированные на эритротромболейкомассе (n=28), в контрольной группе городокс вводили внутривенно капельно (n=25). У больных основной и контрольной групп активность калликреина по сравнению с нормой была выше, соответственно, в 3,4 и 3,1 раза (p<0,05). Содержание прекалликреина у больных основной и контрольной групп было ниже аналогичного показателя у здоровых людей на 27,9% и 30,6% (p<0,05). Активность специфических ингибиторов калликреина у больных основной и контрольной групп была выше нормальных значений: активность α2-макроглобулина в сыворотке крови у больных основной и контрольной групп по сравнению с нормой была выше на 32,1% (p<0,05) и 36,8% (p<0.05),  $\alpha_1$ -протеиназного ингибитора – на 36,5% (p<0,05) и 44,0% (p<0,05). Анализ динамики компонентов калликреин-кинин системы у больных показал, что после внутривенного введения гордокса у больных основной группы активность калликреина прогрессивно снижалась, а у пациентов контрольной группы повышение калликрена в крови происходило за счет усиленного перехода прекалликреина в калликреин.

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ГИПОТЕНЗИВНОГО ЭФФЕКТА НЕФИКСИРОВАННЫХ КОМБИНАЦИЙ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Маль Г.С., Шанин П.В.
Кафедра клинической фармакологии
и фармакотерапии,
Курский государственный медицинский университет,
Курск

Артериальная гипертония является согласно рекомендациям ВНОК по борьбе с артериальной гипертензией одной из самых распространенных болезней современного человечества, ею страдает 30-40 % работоспособного населения. В течение последних 20 лет гипертония является главной причиной визита больного к врачу. Во всех возрастных группах риск развития осложнений пропорционален степени повышения артериального давления, не зависит от пола и типа повышенного давления. Уменьшение артериального давления уменьшает сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность.

Программу лечения больных гипертонией составляет максимальное сокращение риска сердечнососудистой заболеваемости и смертности, что достигается путем снижения артериального давления до < 140/90 мм. рт. ст. и меньше. В зависимости от уровня артериального давления ли отсутствия осложнений лечение нужно начинать или с низких доз одного препарата или с низких доз комбинаций двух лекарств. В большинстве случаев необходимо проводить комбинированное лечение с применения целого ряда препаратов.

Начинать лечение можно препаратами, относящимися к 5 группам лекарств: диуретики, β-