

противоречий состоит в том, что согласно 1-му закону термодинамики они могут возникать в результате действия внутрилегочного источника механической энергии. В плане нового горизонта исследований лежит исследование морфологии и функции источника механической энергии в легких, пересмотр обструктивной теории нарушения функции легких, регионарных функций легких.

Особую загадку представляет природа инспираторного механического действия легких, которое превышает его способность к сокращению. Аналогично возникает вопрос об активном расширении бронхов. При этом важно понять смысл действующей парадигмы в отношении функции гладкомышечных структур. Повышение тонуса мышц, их сокращение и, как следствие, уменьшение просвета бронхов вполне понятно и изучено. Снижение тонуса, расслабление гладких мышц и расширение просвета бронхов понятно лишь в пределах парадигмы. Если механизм сужения просвета бронхов понятен, то механизм расширения просвета бронхов представляет собой загадку, какая механическая сила увеличивает просвет бронхов когда мышечные элементы расслабляются? Этот вопрос выходит за рамки физиологии и клинической физиологии дыхания а также клинической фармакологии. Парадигма о сокращении и расслаблении, уменьшении просвета и его расширении столько же господствует в физиологии и патологии других систем организма (сердце и сосуды, органы системы пищеварения). Во всех разделах физиологии расслаблению мышц соответствует расширение просвета сосуда, полого органа. Нигде не ставится вопрос об источнике механической энергии, осуществляющей расширение просвета органа. Такой вопрос, очевидно, сможет поставить исследователь, который будет изучать механику движений в живой системе. Еще если при этом он будет использовать классический метод одновременной регистрации давления и объема и еще если он заметит парадоксальное соотношение между давлением и объемом полостных органов.

В кардиологии имеется сложнейший вопрос, как совершается, обеспечивается активная диастола сердца, которая по законам механики должна быть более сильной по сравнению с систолой? На этот счет в литературе нет значимых научных гипотез. Не менее актуален вопрос о механизме расширения сосудов. Расслабление гладкомышечных элементов сосудистой стенки оценивается как расширение сосуда. Однако это ошибочное, логически необоснованное суждение. В целом механика сердца и сосудов в современной физиологии рассматривается в рамках парадигмы Уи. Гарвея, впервые выдвинувшего представление о насосной функции сердца. В существовании активной диастолы сердца сейчас никто не сомневается после внедрения методики эхолокации сердца. Однако о механике

активной диастолы сердца конструктивных гипотез и теорий нет. Работу по движению крови в диастолу сердца должно приводить сокращение мышц, а у сердца скелета нет. Нам представляется возможным возникновение в диастолу функционального скелета из определенной группы мышечных волокон. Перистальтическая функция, функция сфинктеров в системе пищеварения и других системах с позиции классической механики практически не изучалась. Так со сравнительно узкого раздела физиологии – механики дыхания был перекинут мост на физиологию механических процессов, совершающихся в других органах и системах.

Еще одна парадигма подвергается испытанию представление о функции гладких мышц вообще. Гладкие мышцы и поперечно-полосатые сокращаются, выполняя работу и расслабляются в целом однонаправлено. Какой смысл в их различной структуре? Если же поднять вопрос о непосредственном исполнителе разнообразных механических функций – сердечной мышце, системе гладкомышечных волокон, их взаимодействия с другими тканевыми структурами, вполне очевидно открывается новый горизонт научных исследований для физиологии в целом. Самое сложное в этой проблеме – изучение механических процессов в живом организме на организменном и клеточном уровнях. Несмотря на то, что эпоха исследования механики 18 и 19 век, изучение механики живых систем является сложной и важнейшей проблемой 21 века.

ПРИМЕНЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

¹Филиппов Ю.А., ²Тютюнник В.М.

¹*Институт гастроэнтерологии
АМН Украины, Днепропетровск;*

²*Международный информационный нобелевский
центр, Тамбов, e-mail: vmt@tmb.ru*

Проведено исследование 448 больных раком желудка. Проводилось лечение: комбинированным методом – операция, химиотерапия и лучевая терапия; только хирургическое лечение и лечение хирургическое в сочетании со специальными электрофизиологическими методами диагностики и лечения растительными цитостатиками. В последнем случае удалось повысить качество жизни больных и увеличить 5-летнюю выживаемость.

Рак желудка продолжает занимать одно из первых мест в ряде стран мира. В России и Украине в последнее десятилетие он переместился на второе место у мужчин и на третье – у женщин. Мужчины болеют почти в 2 раза чаще, чем женщины. Чаще возраст заболевших составляет 60-70 лет. Рак желудка, несмотря на снижение заболеваемости в последнее время,

продолжает занимать ведущее место в структуре заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний в Украине: ежегодно заболевают раком желудка 14-16 тысяч и умирают от него 10,5-12 тысяч человек. Летальность в течение первого года среди впервые зарегистрированных обычно превышает 60%, что указывает на низкий уровень своевременной диагностики.

Единой причины, вызывающей рак желудка, не установлено. Имеет значение ряд факторов, в первую очередь характер питания. Известные канцерогены (полициклические углеводороды, нитрозосоединения) образуются при консервации, солении или копчении продуктов, термической обработке жиров. Замечено, что рак желудка встречается чаще в тех регионах, где в почве содержится много торфа. Способствуют заболеваемости неблагоприятная наследственность (семейный рак мы наблюдали в 26 случаях за 5 лет), образ жизни и природная среда.

Известен ряд патологических состояний и заболеваний желудка, при которых рак возникает чаще. К ним относятся атрофический, атрофически-гиперпластический и полипозный гастрит, хеликобактерный хронический гастрит, болезнь Менетрие, ахилия, кишечная метаплазия слизистой оболочки желудка, пернициозная анемия, полипы, оперированный желудок спустя 10-15 лет. При язвенной болезни желудка язвы кардии малигнизируются чаще. На снижение заболеваемости раком желудка влияет уменьшение употребления крахмалосодержащих продуктов, в частности злаков, ржи, пшеницы, риса, бобовых, картофеля, солений, копчений, и увеличение содержания в рационе свежих овощей, фруктов, витаминов С, А, Е. Наша многолетняя практическая работа позволяет с уверенностью рекомендовать приём с пищей плодов калины обыкновенной в виде свежих плодов, настоя или желе. Это общеукрепляющее, слабительное, цитостатическое средство, эффективное при отёках сердечного и почечного происхождения, гипертонической болезни, неврозах, анацидных гастритах, колитах, заболеваниях печени, почек, при гипосекреции желудка, раке прямой кишки, раке желудка и матки, раке кожи и фиброзном раке, язве желудка и двенадцатиперстной кишки.

Нами наблюдалась группа пациентов, которые не обращали внимания на характер питания. С 2006 по 2010 гг. в клинике на 220 коек выявлен хронический гастрит у 1959 больных, из них с атрофией желез желудка – у 921 (47%), с кишечной метаплазией – у 592 (30,2%), в т.ч. с тяжелой дисплазией у 124 (6,4%) больных, с атрофически-гиперпластическим процессом – у 440 (22,5%), из них с кишечной метаплазией – у 22 (5%), с тяжелой дисплазией – у 42 (9,5%) больных.

Рак желудка чаще возникает без предшествующего заболевания. Процесс его возникновения и развития до 1 стадии длится около 12 лет, а течение заболевания (без лечения) от 1 стадии до

летального исхода зависит от митотической активности опухоли и продолжается обычно 2-3 года.

С целью предупреждения рака желудка мы рекомендуем специальные методы диагностики и лечения.

Цель настоящего исследования – увеличение выживаемости и улучшение качества жизни больных раком желудка за счёт применения специальных методов диагностики (на основе информационного поля), а также растительных цитостатиков и биологического золота – в лечении.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленной цели нами обследовано ежегодно (2006-2010 годы) по 3500 больных. Всего онкопатология выявлена у 716 больных. Из них рак желудка, в том числе низкодифференцированный – у 448 больных: 2006 г. – 94 (21%); 2007 г. – 87 (19%); 2008 г. – 128 (29%); 2009 г. – 67 (15%); 2010 г. – 72 (16%) больных. Рак желудка выявлен при амбулаторном обследовании у 357 больных. Из них оперировано (резекция желудка, экстирпация желудка) 130 больных, остальные направлены в онкологический диспансер. Из числа оперированных в клинике Института гастроэнтерологии ранний рак выявлен у 6 (4,6%) больных. Морфологически рак желудка (при неонкологическом диагнозе) выявлен у 60 больных. Распределение больных по возрасту и полу: до 30 лет – 5 (м-4, ж-1); 30-39 лет – 28 (м-14, ж-14), 40-49 лет – 90 (м-59, ж-31), 50-59 лет – 89 (м-61, ж-28), 60-61 год – 115 (м-67, ж-57), 70 лет и старше – 82 (м-50, ж-32).

В ретроспективное исследование включено 318 больных раком желудка, которые пролечены в период с 2006 по 2010 гг. в областном и городском онкологическом диспансере с применением комбинированного метода гамма-терапии с последующим оперативным вмешательством. Контрольную группу составили 130 пациентов, которые получали только хирургическое лечение. Шесть пациентов отказались от оперативного лечения и в дальнейшем наблюдались по месту жительства.

Результаты и их обсуждение. Непосредственные результаты оценены у всех пациентов.

Интра- и послеоперационная летальность (4 случая или 1,3%).

Неосложнённое течение послеоперационного периода наблюдалось у 115 (88,5%) пациентов контрольной и у 300 (94%) пациентов основной группы.

Отдаленные результаты прослежены у 100 (77%) пациентов контрольной группы и 130 (41%) основной. Пятеро пациентов оперированы в Австрии в клинике криохирургии Н.Корпана (операция, химиотерапия, растительные цитостатики). Отдаленные результаты прослежены у 70% пациентов. Среднее время наблюдения за больными составило от 1 года до 5 лет. Рецидив заболевания возник у 11 пациентов контрольной группы и у 9 пациентов основной. Статистически достоверной разницы

в показателях получено не было. Оценка характера рецидива заболевания у больных обеих групп показала превалирование гематогенного развития возврата болезни. В 6 наблюдениях было выполнено повторное оперативное вмешательство, направленное на удаление рецидива. У 4 пациентов развился местный рецидив заболевания лимфогенного характера с поражением подвздошной группы лимфатических узлов. В двух наблюдениях в контрольной группе возник изолированный гематогенный возврат заболевания. Необходимо отметить, что качество жизни пациентов при возникновении рецидива заболевания лимфогенного характера было значительно ниже, чем у пациентов с рецидивом гематогенного характера, что обусловлено выраженным болевым синдромом.

Анализ влияния различных факторов на возникновение возврата заболевания показал, что прогностически важным является только наличие метастатических пораженных лимфатических узлов.

Интегральной характеристикой распространенности опухолевого процесса в конечном итоге является стадия заболевания; каждый из определяющих её критериев сам по себе является важным прогностическим признаком. Однако именно сочетание критериев (критерии Т и N, степень дифференцировки опухоли, метод лечения и др.) определяет распространённость опухолевого заболевания и его исход.

Зависимость продолжительности жизни от критериев Т и N примерно одинакова – 15-19%. Степень влияния предоперационной химиотерапии, лучевой терапии составляет около 30% ($p < 0,001$), что свидетельствует о достаточно высокой эффективности лучевого воздействия.

Наши наблюдения совместно с австрийскими хирургами показали, что применение в комплексной терапии 3-месячного курса растительной цитостатической терапии ещё больше повышает продолжительность жизни больных, устраняет болевой синдром и обеспечивает устойчивую работоспособность.

Выводы

1. Методика комбинированного лечения рака желудка с применением лучевой терапии позволяет достоверно снизить выраженность клинических проявлений опухолевого заболевания.

2. Применение криохирургических методов лечения дает возможность улучшить показатель резектабельности при оперативном лечении и не влияет на течение послеоперационного периода.

3. Применение специальной диеты, растительных цитостатиков (цитофил-4 и цитофил-13) позволяет снизить летальность до года, особенно у пациентов с умеренной и низкой степенью дифференцировки опухолей.

4. Проведение пред- и послеоперационной растительной цитостатической терапии и кри-

охирургических методов оперативного лечения пациентов с распространенностью опухолевого процесса T₃, позволяет статистически достоверно улучшить показатели медианы выживаемости, а также 3-х и 5-летней выживаемости.

5. Проведение профилактической растительной цитостатической терапии у лиц с тяжелой дисплазией слизистой желудка и её повторное применение в случае проведения оперативного лечения позволяет достоверно улучшить отдаленные результаты лечения.

Список литературы

1. Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными заболеваниями и смертность от них населения стран СНГ в 1995 г. / Е.М. Аксель, В.В. Двойрин, Н.Н. Трапезников. – М., 1996. – 286 с.
2. Власенко Д.Л. Оптимизация лечения метнораспространённого рака дистального отдела желудка путём применения предоперационной лучевой терапии // Научно-практический журнал Донецкого областного противоракового Центра. – 2009. – №3-4. – С. 254–259.
3. Информационное взаимодействие природных объектов и новые технологии диагностики и лечения заболеваемости человека / Ю.А. Филиппов, В.М. Тютюник, И.И. Соколовский, А.Ю. Филиппова // Информационные системы и процессы: сб. науч. тр. – Тамбов; М.; СПб.; Баку; Вена; Гамбург: Изд-во МИИЦ «Нобелистика», 2010. – Вып. 11. – С. 49-58.
4. Korpan N.N. Development and place of minimal invasive cytosurgery in the treatment of gastric cancer / N.N. Korpan, Yu.A. Filippov // Gastric cancer in the world: proceedings of 5th Intern. Gastric Cancer Congr. – Italy, 2003. – P. 73.
5. Лекарственные растения в онкологии / В.Ф. Корсун, К.А. Трескунов, Е.В. Корсун, А. Мицконас // Руководство по клинической фитотерапии. – М., 2007. – С. 303-310.
6. Растительные ресурсы СССР. – Л.: Наука, 1990. – Т.5. – С. 17-19.
7. Рак желудка // Справочник по онкологии. – Киев: Здоровье, 2008. – С. 425-427.
8. Расширенные оперативные вмешательства в лечении местно-распространённых форм рака прямой кишки T₄N₀M₀ / С.В. Антипова, Е.В. Калинин, А.Е. Калинин, Р.А. Галаг, И.Н. Басенко // Научно-практический журнал Донецкого областного противоракового Центра. – 2009. – №3-4. – С. 51-53.
9. Filippov Yu.A. Gastric cancer disease. New diagnosis and treatment options / Yu.A. Filippov N.N. Korpan // Gastric cancer in the world 2003: proceedings of 5th Intern. – Gastric Cancer Congr., Italy, 2003 – P. 150.
10. Филиппов Ю.А. Информационно-энергетическая технология диагностики заболеваний в неотложной гастроэнтерологии // Неотложная гастроэнтерология: руководство для врачей. – Днепропетровск, 2004. – С. 299-338.

КОМПЛЕКСНОЕ ИЗУЧЕНИЕ КРОВЕНОСНОГО РУСЛА СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА

Ходжаян А.Б., Коробкеев А.А., Лежнина О.Ю.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, e-mail: postmaster@stgma.ru

Сердечно-сосудистая патология относится к наиболее распространенной и имеющей общую тенденцию к росту и омоложению [2, 3]. Поэтому создание новых, более информативных методик изучения артерий и вен сердца, разработка современных показателей, характеризующих их топографо-анатомические взаимоотношения сохраняет свою актуальность.

Цель исследования – представить морфофункциональные параметры сосудистого русла