

сроков проведения, указывал Н.А. Зейтленок еще в 1961 году (Н.А. Зейтленок, 1961).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНТЕРОСОРБЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Ефимова О.Ю., Любарский М.С.,
Наров Ю.Э., Овсянникова Т.В.
*Областной онкологический диспансер,
ГУ НИИК и ЭЛ СО РАМН,
Новосибирск*

Злокачественные новообразования придатков в заболеваемости органов женской половой сферы занимают стабильно третье место после рака тела и шейки матки и составляют 23-25%. Смертность от этого заболевания находится на первом месте и составляет около 49% смертей от рака женских половых органов. Ежегодный прирост заболеваемости составляет почти 1.5%, причём этот показатель выше в экономически развитых регионах страны.

Для ранних стадий характерно бессимптомное течение заболевания. По-прежнему преобладают III-IV стадии заболевания, составляя 60-70% от всех диагностированных случаев. Основные жалобы: чувство дискомфорта в низу живота, тяжести, боли в низу живота, увеличение живота за счёт роста опухоли и/или асцитической жидкости, а также признаки нарастающей эндогенной интоксикации развивающейся опухоли (общая слабость, потеря аппетита, снижение работоспособности, астено-невротический синдром и др.).

С целью оптимизации результатов лечения неоплазии гонад, снижении аутоинтоксикации, профилактики послеоперационных осложнений, начато использование сорбционной терапии препаратом «Энтеросгель» в периоперационный период.

Всего пролечено 20 пациенток с злокачественными новообразованиями яичников, проживающих в Новосибирске и Новосибирской области. Возраст больных колебался от 40 до 70 лет (средний возраст 58,1 лет). Гинекологические заболевания в анамнезе у больных раком яичников наблюдались в 40% случаев. У 12,5% в анамнезе первичное бесплодие (лечение консервативное), 48% хронический сальпингоофорит, 15% получали лечение по поводу фоновых заболеваний шейки матки (эрозии шейки матки, лейкоплакия, дисплазия шейки матки). В 61% пациенты имели те или иные соматические заболевания, учитывая средний возраст больных, лидирующее место занимала сердечно-сосудистая патология. Клиническая картина: болевой синдром 33,6% случаев, чувство тяжести в животе 59,2%, слабость, снижение массы тела 73%, увеличение живота, при отсутствии болевого синдрома 48%, нарушение функции тазовых органов 18% больных.

По гемограмме до оперативного лечения снижение количества эритроцитов и гемоглобина отмечено в 42% случаев. Уровень лейкоцитов крови находился в целом в пределах нормы, без сдвига формулы. Относительный лимфоцитоз, при абсолютной лимфопении, относительная эозинофилия у 70,2%, но по абсо-

лютным показаниям уровень эозинофилов не был увеличен, сдвига лейкоцитарной формулы не отмечено.

Уровень СОЭ был повышен в 87% случаев. Уровень фибриногена стабильно выше нормы в 53% случаев. Интегральные индексы менялись не однозначно. Отмечено повышение Индекса Иммунной Реактивности (Иванов 2000г.) 6.7 ; Ядерный индекс степени эндотоксикоза (ЯИСЭ Даштаянц) составил 0,12; Индекс алергизации (ИА) 1,0; Лимфоцитарный индекс Гаркави 0,62; Отмечено выраженное снижение общего индекса интоксикации (ОИИ) 0,7; Индекс лимфоцитарно-гранулоцитарный по Гаркави 0,57. Лейкоцитарный индексы интоксикации Кальф-Калифа, Островского, Рейса, а также лимфоцитарные индексы, отражающие степень тяжести основного заболевания (ИСЛф/М, ИСНей/Мо, ИСЛф/Эо) остались без изменения.

Терапия проводилась в до и послеоперационном периоде, с учётом необходимости обеспечения наиболее полного соответствия комплекса свойств, присущих «идеальному» энтеросорбенту был использован «Энтеросгель». Он обладает высокой био- и гемосовместимостью, при употреблении не повреждает слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, не нарушает пристеночное пищеварение, легко выводится из организма. Он активно связывает среднемолекулярные токсические метаболиты и практически не связывает электролиты. Энтеросгель угнетает жизнедеятельность многих патогенных микроорганизмов, одновременно поглощая их токсины.

Использование сорбционных технологий с целью коррекции проявлений эндотоксикоза показало их достаточную эффективность в отношении гематологических показателей аутоинтоксикации. Достоверно значимых изменений в показателях красной крови не отмечено, за исключением трёх случаев, когда падение показателей связано с объемом кровопотери. Максимальное повышение СОЭ было отмечено к 3 суткам послеоперационного периода, с нормализацией данного показателя к 8 суткам.

На фоне приёма Энтеросгеля не отмечено выраженного колебания лейкоцитоза, максимальным показателем был после первых суток операции. Отмечается мягкое, постепенное снижение индекса иммунной резистентности (ИИР), индекса алергизации (ИА). Лейкоцитарные индексы интоксикации (ЛИИ), индекс ядерного сдвига (ИЯС), индекс сдвига лейкоцитов крови (ИСЛК), резко повышаясь в первые двое суток, до 4-5, что говорило о высокой степени эндотоксикоза, восстанавливались к 6 суткам после операции. Ядерный индекс степени эндотоксикоза по Даштаянц сохранялся на одном уровне на протяжении всего лечения, со снижением на 18% к восьмому дню по сравнению с исходным до лечения.

Существенной динамики других маркёров эндотоксикоза во время энтеросорбции не отмечалось - колебания содержания мочевины, билирубина, трансаминаз не носили статистически достоверного характера.

После проведения сорбционной терапии отмечено быстрое купирование признаков пареза кишечника, признаки астенизации больных купировались 1,7

раза быстрее, чем при традиционном ведении пациентов в периоперационный период. В 100% случаев отсутствие тошноты/рвоты в послеоперационном периоде. Случаев появления выраженных симптомов интоксикации, которые бы, потребовали дополнительного лечения в нашем исследовании, не отмечалось. Анализируя состояние температурной кривой, отмечено, что небольшое повышение температуры происходит на 1- сутки после операции, снижаясь на 3 день. Полностью нормализуется температура к 5 суткам.

Таким образом, использование сорбционной терапии у больных злокачественными новообразованиями яичников позволяет оптимизировать результаты лечения в периоперационном периоде, положительной динамикой клинических и лабораторных показателей, формированием адекватных адаптационных реакций в раннем послеоперационном периоде, что позволяет быстро начать проведение специального лечения, полихимиотерапию.

ОЦЕНКА ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЭКСТРАКТА ИЗ НАДЗЕМНОЙ ЧАСТИ *PULMONARIA MOLLISSIMA*

Круглов Д.С., Ханина М.А., Третьякова О.В.

Новосибирская государственная
медицинская академия,
Новосибирск

Как показано нашими исследованиями, в составе надземной части медуницы мягчайшей *Pulmonaria mollissima* A. Кернер семейства бурачниковых (*Boraginaceae*) содержится комплекс биологически-активных соединений (БАС) - витаминов, полисахаридов, белков и веществ полифенольной природы (в основном флаваноиды и танины). В составе надземной части медуницы мягчайшей (*P.mollissima*) было установлено также существенное содержание микроэлементов "кровотворного комплекса" (Fe, Cu, Mn, Co).

Подобный состав БАС *P.mollissima* позволяет предполагать эффективность применения суммарных извлечений для лечения железодефицитной анемии (ЖДА). Важность проведения рациональной и эффективной терапии ЖДА обусловлена частотой и медико-социальным значением данного состояния среди населения, особенно женщин детородного возраста, у которых чаще других встречается ЖДА. Целесообразность применения лекарственных средств (ЛС) из растительного сырья для лечения ЖДА обусловлены,

в первую очередь, тяжестью побочных явлений при медикаментозном лечении с использованием синтетических ЛС.

Для подтверждения возможности применения препаратов м.мягчайшей для лечения железодефицитной анемии была проведена оценка фармакологической активности экстракта из надземной части *P.mollissima*

В качестве растительного сырья использовалась высушенная надземная часть (трава - herba *P. mollissima*) собранная в фазе цветения. Для получения суммарного извлечения из сырья в качестве экстрагента был выбран водный раствор этанола. Выбор концентрации этанола осуществлялся из условия достаточного полного извлечения экстрактивных веществ. Полученное суммарное извлечение после фильтрования, лиофилизировалось сушкой при температуре 30-50°C. Полученный сухой экстракт использовался для фармакологических исследований. В качестве препарата сравнения было взято ЛС синтетического происхождения - мальтофер капли. Исследования проводились на крысах линии «Vistor» двухмесячного возраста. ЖДА вызывалась у всех крыс путем периодического забора крови из хвостовой вены и диагностировалась по уровню гемоглобина (менее 50% от физиологической нормы или менее 70 г/л) и клиническим проявлениям (сухость и бледность кожных покровов, истончение и выпадение шерсти, ломкость когтей, язвы вокруг носа и рта).

По достижению ЖДА крысы случайным образом разделялись на группы по 6 особей. Контрольная группа лечению не подвергалась, группе сравнения вводился препарат сравнения - мальтофер капли и опытной группе - препарат медуницы мягчайшей.

Препараты мальтофера (в дозе, эквивалентной в пересчете на элементарное железо 2,85 мг Fe³⁺ на кг массы крысы) и сухое суммарное извлечение м.мягчайшей (в дозе 28,5 мг сухого экстракта на кг массы крысы) перед введением растворяли в 1мл воды очищенной, подогревали до температуры 37°C и вводили животным перорально через зонд. Введение осуществляли ежедневно до кормления животных. В процессе лечения периодически производили определения уровня гемоглобина в крови по общепринятой методике.

Из полученных данных (таблица 1) следует, что уровень гемоглобина у крыс без лечения нормализуется к 20-му, в то время как у групп с лечением уровень гемоглобина нормализуется к 10-му дню, т.е. в 2 раза быстрее.

Таблица 1. Уровень гемоглобина у животных с ЖДА

Группа животных	Уровень гемоглобина (X±m) P<0,05; г/л			
	до лечения	5-ый день	10-ый день	20-ый день
контрольная группа	62,2±3,2	79,2±3,4	98,0±9,5	151±4,5
группа с лечением мальтофером	то же	126,6±11,3	155,8±4,4	-
группа с лечением суммарным извлечением медуницы	то же	112,8±6,5	154,6±6,4	-