

строму выздоровлению радикально прооперированных онкомаммологических больных.

[constshem@yandex.ru](mailto:constshem@yandex.ru)

*Шемеровский К.А., Овсянников В.И.*

## **ХРОНОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ И ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ**

*НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН, Санкт-Петербург*

«Будущее принадлежит медицине профилактической»  
Н.И.Пирогов

Колоректальная патология является одной из актуальных проблем современной медицины. В Санкт-Петербурге ежегодная заболеваемость колоректальным раком (около 2600 случаев в год) в настоящее время является лидером в онкопатологии, опережая рак молочной железы (около 2500 случаев в год). Наряду с этим функциональная патология толстой кишки в виде констипации выявлена у 44% населения России (Шемеровский К.А., 2004).

Анатомический аспект широкой распространенности патологии толстой кишки обусловлен тремя основными моментами. Во-первых, наличием двух основных локализаций, способствующих застою кишечного содержимого: слепая кишка и сигмовидная кишка. Во-вторых, наличием непроизвольного и произвольного сфинктеров прямой кишки. В-третьих, постоянным и длительным контактом токсичного кишечного содержимого со слизистой оболочкой толстой кишки.

Физиологический аспект колоректальной патологии обусловлен четырьмя функциональными моментами. Во-первых, функционирование кишечника в норме реализуется в виде циркадианного (околосуточного) ритма. Регулярность этого ритма, с одной стороны, обеспечивает облигатность ежедневного опорожнения кишечника для элиминации токсичных и канцерогенных веществ из организма, а, с другой стороны, эта регулярность подвержена в наибольшей степени самому раннему реагированию организма на стрессорные стимулы в виде десинхроноза. Во-вторых, нарушение циркадианного ритма функционирования толстой кишки обусловлено легко возникающим рефлекторным торможением функции ее произвольного сфинктера при чрезвычайных воздействиях. В-третьих, склонность к нарушению околосуточного ритма дефекации существенно зависит от сдвига акрофазы этого ритма из периода оптимального функционирования (утренние часы) в пессимальный период (дневные и вечерние часы). Доказано, что риск патологии толстой кишки при ее опорожнении преимущественно в вечерние часы почти в 4 раза выше, чем при регулярной дефекации в утренние часы. В-четвертых, доказано, что констипация (запор) является основным фактором риска возникновения колоректального рака.

Хирургический аспект колоректальной патологии обусловлен тремя главными моментами. Во-первых, в хирургической колопроктологии доминируют операции, направленные преимущественно на дистальные отделы толстой кишки (при дивертикулезе, полипозе, колоректальном раке) Во-вторых, в последние годы хирурги-колопроктологи все чаще стали применять гемиколэктомию и даже тотальную колэктомию при функциональном запоре (Ачкасов С.И., 2000, Ривкин и др., 2004). В-третьих, хирургия прямой кишки все чаще нацелена на выполнение органосохраняющих операций и на наложение толстокишечной стомы.

Принимая во внимание выдающееся положение, предложенное Н.И.Пироговым, о том, что «Будущее принадлежит медицине профилактической» можно предложить (в соответствии с мыслью Николая Ивановича) три основных принципа профилактики колоректальной патологии:

I - Чем раньше происходит дефекация, тем реже возникает констипация.

II – Чем регулярнее циркадианный ритм кишечника, тем меньше риск функциональной и органической колоректальной патологии.

III - Чем больше внимания в к функциональной патологии толстой кишки, тем меньше риск возникновения органической колоректальной патологией.

[constshem@yandex.ru](mailto:constshem@yandex.ru)

*А.Н. Шишкин*

## **ОЖИРЕНИЕ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ**

*Санкт-Петербургский государственный университет,  
Медицинский факультет*

Многочисленные исследования подтвердили наличие тесных взаимосвязей между ожирением, артериальной гипертензией, гиперлипидемией, нарушениями толерантности к глюкозе и ИБС. Сегодня ожирение рассматривается, как фактор риска всех вышеперечисленных заболеваний. Развитию метаболических нарушений способствуют как немодифицируемые (генетические, демографические – пол, возраст), так и модифицируемые (употребление большого количества жирной пищи, гиперкалорийное, обогащенное жирами и легкоусвояемыми углеводами питание, дефицит пищевых антиоксидантов, гиподинамия-гипокинезия, стрессы, алкоголь, курение) факторы риска. Тесно связаны с формированием метаболического синдрома (МС) количество и эндокринная активность висцерального жира. Ориентировочным скрининговым показателем висцерального ожирения служит окружность талии. В последние годы понятие «МС» все время расширяется. В него теперь включают не только нарушения углеводного и липидного обменов, но и гиперурикемию, микроальбуминурию, гипертрофию миокарда, повышение содержания фибриногена в крови, увеличение адгезивной и агрегационной способности тромбоцитов, повышение концентрации некоторых реагентов острофазного ответа, активности ингибиторов