

Во второй серии опытов при тестирование полового поведения крыс-самцов, получавших «Адаптофит-15» на «площадке зоосоциальных предпочтений» разделенной перегородкой, установлено, что латентный период перехода самца в «отсек» самки укорачивается по сравнению с интактным контролем на 10 мин, что соответствует 52 %. Время процептивного поведения также укорачивается по сравнению с интактным контролем на 50 %, а рецептивное поведение удлиняется на 75 %, что также свидетельствует о готовности самца к спариванию. Также количество обнюхивания и груминга соответственно увеличивается на 60 и 75 % соответственно (табл. 2). При исследовании мазков под микроскопом также обнаружено наличие спермы (единичные) в вагинальном содержании у крыс-самок.

**Таблица 2**  
**Влияние «Адаптофит-15» на латентный период перехода самца в «отсек» самки**

Группа животных (n = 10)	Латентный период перехода самца в «отсек» самки и первого подхода к интактной самке и длительность полового поведения					
	Процептивное поведение (мин)	Рецептивное поведение (кол-во)	Обнюхивание (кол-во)	Груминг (взаимный) (кол-во)	Спаривание (наличие спермы в вагинальном выделении)	Латентный период перехода самца в «отсек» самки (мин)
Интактная группа	24,0 ± 4,0	1,0 ± 0,1	2,0 ± 0,2	1,0 ± 0,1	–	31,0 ± 2,2
Опытная группа	12,0 ± 2,0 <sup>*</sup>	4,0 ± 0,5 <sup>*</sup>	5,0 ± 0,6 <sup>*</sup>	4,0 ± 0,4 <sup>*</sup>	+	15,0 ± 2,1 <sup>*</sup>

Таким образом, из приведенных исследований можно предположить, что «Адаптофит-15» стимулирует разные аспекты полового поведения и повышает репродуктивную функцию крыс-самцов. Повышение репродуктивной функции у крыс возможно связано содержанием большого количества биологически активных веществ в 15-компонентном фитосредстве «Адаптофит-15» таких как: α-терпинил ацетат, миристицин, α-зингиберен, 1,8-цинеол, алантолактон, аг-куркумен, α-терпинеол, линалоол, шибанон, β-бисаболен и т.д.

### ВЫВОДЫ

Установлено, что курсовое введение «Адаптофит-15» стимулирует разные аспекты полового поведения и повышает репродуктивную функцию крыс-самцов. Повышение репродуктивной функции у крыс связано содержанием большого количества биологически активных веществ в 15-компонентном фитосредстве «Адаптофит-15».

**Г.Ф. Жигаев, Е.В. Кривигина, С.М. Николаев**

## СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ПРИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ И ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

*ГУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» (Улан-Удэ)*

**Цель исследования:** улучшить результаты хирургического лечения «трудных» пилородуоденальных и дуоденальных язв.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проанализированы результаты хирургического лечения 102 больных с низкорасположенными пилородуоденальными – 56 (54,5 %), дуоденальными – 42 (41,3 %) и сочетанными – 4 (4,2 %) язвами. Мужчин было 72 (70,1 %), женщин – 30 (29,9 %). При эндоскопическом исследовании выявлены язвы до 3 см у 46 (45,4 %), до 4 см – у 20 (19,7 %), до 5 см – у 16 (15,2 %), более 5 см – у 8 (8 %) пациентов. У 12 (11,7 %) пациентов размер язвы не превышал 2 см, и они локализовались за луковицей ДПК. Язвы отличались большими размерами, чаще неправильной (не круглой) формы, с подрывными краями, распространенным воспалительным валом вокруг язвы, особенно в ДПК, с фибринозным налетом. По результатам морфологического исследования у 7 (6,9 %) наблюдаемых обнаружена дисплазия высокой степени, у 4 (4,4 %) – атипичные клетки. Кровотечение встречалось у 52 (51 %) больных, из них у 28 (27,7 %) отмечались сочетанные осложнения (кровотечение и пенетрация, кровотечение и перфорация, рубцовый стеноз). Степень кровопотери определяли по интегральному показателю определения тяжести кровопотери: I степень – 27 (26 %), II степень – 20 (20,4 %), III степень – 43 (42,1 %), IV степень – 12 (11,9 %). Перфорация язв встретилась у 39 (38,5 %), из них у 14 (13,8 %) она сочеталась с пенетрацией и кровотечением. Операцией выбора была резекция желудка – 73 (71,4 %) больных. У 16 (22,3 %) выполнена резекция желудка по Бильрот-II – Витебскому, у 57 (77,7 %) – по Бальфуру. Паллиативные операции выполнены у 29 (28,4 %) пациентов: ушивание перфоративной язвы у 16 (55,6 %), иссечение язвы с пилоропластикой у 7

(24,1 %), прошивание кровотока с перевязкой левой желудочной артерии у 2 (6,7 %), резекция желудка для выключения язвы по Финстереру у 4 (13,7 %) пациентов. В группе больных, оперированных по Бильрот-II – Бальфуру осложнений не отмечено.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ

Причиной смерти после резекции желудка были: инфаркт миокарда – 1 (0,9 %) случай, панкреонекроз – 2 (1,9 %), несостоятельность культи ДПК – 2 (1,9 %), разлитой гнойный перитонит – 1 (0,9 %). Общая послеоперационная летальность составила 2,9 %.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, клиническое течение низкорасположенных пилородуоденальных и дуоденальных язв отличается развитием тяжелых сочетанных осложнений, что создает определенные трудности в выборе хирургической тактики и адекватного объема операции. Операцией выбора считаем резекцию желудка по Бильрот-II – Бальфуру. Выполнение паллиативных хирургических вмешательств является вынужденной мерой, направленной на стабилизацию состояния больных в критической ситуации.

**Г.Ф. Жигаев, Е.В. Кривигина, М.П. Рябов**

### ЛЕЧЕНИЕ ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫХ СИНДРОМОВ

*ГУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» (Улан-Удэ)*

#### ВВЕДЕНИЕ

После резекции желудка чаще всего (от 10 до 80 %) возникают функциональные нарушения. При неэффективности их коррекции может возникнуть другая, более тяжелая патология, требующая коррекции метаболических нарушений и реконструктивных операций.

**Цель работы:** провести анализ динамики показателей некоторых метаболических нарушений у больных с постгастрорезекционным синдромом (ПРС).

#### МАТЕРИАЛ ИССЛЕДОВАНИЯ

97 пациентов с ПРС, средний возраст  $43,1 \pm 3,67$  года. Мужчин – 84, женщин – 13. Контрольная группа – 18 практически здоровых лиц, добровольцы.

#### МЕТОДЫ

В процессе исследования применялись: ФГДС, физикальный осмотр, липидный спектр (общий холестерин – ОХС, ЛПВП, ЛПНП, ТГ, Апо-А1, Апо-В), интенсивность ПОЛ (МДА, ДК), АДС (СОД, каталаза), глюкоза и гликозилированный гемоглобин (Hb A1c) – в сыворотке крови.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

После резекции в 35 % отмечены ДГР и ЭГР, тяжелые метаболические нарушения в организме: углеводного (глюкоза здорового и больного после операции – натощак  $5,80 \pm 0,62$  и  $7,62 \pm 1,89$ , после нагрузки –  $6,42 \pm 0,33$  и  $8,88 \pm 2,03$  соответственно, Hb A1c –  $5,22 \pm 0,90$  и  $8,14 \pm 1,91$ ), липидного обмена (ОХС –  $3,82 \pm 0,25$  и  $6,90 \pm 1,60$ ; ЛПВП –  $1,28 \pm 0,22$  и  $1,14 \pm 0,36$ ; ЛПНП –  $4,70 \pm 0,31$  и  $4,48 \pm 0,10$ ; ТГ –  $1,42 \pm 0,22$  и  $3,60 \pm 1,22$ ; Апо-А1 –  $1,52 \pm 0,19$  и  $1,33 \pm 0,31$ ; Апо-В –  $0,89 \pm 0,10$  и  $1,29 \pm 0,49$  ммоль/л соответственно), интенсивность ПОЛ (МДА –  $2,94 \pm 0,08$  и  $4,41 \pm 0,15$  нмоль/л, ДК –  $7,89 \pm 0,06$  и  $12,23 \pm 9,41$ ), СОД ( $3,02 \pm 0,08$  и  $2,24 \pm 0,11$  усл. ед. соответственно), каталаза –  $19,20 \pm 0,55$  и  $13,60 \pm 0,42$ . Зарегистрированы случаи повышения уровней трансаминаз, но их активность не превышала норму более чем в 3 раза.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В послеоперационном периоде целесообразно применять профилактику постгастрорезекционных расстройств – своевременно переходить от медикаментозной терапии к хирургическому лечению до развития тяжелых осложнений.