

при длине волны 390 нм после хроматографической очистки аликвотной части извлечения в системе этилацетат с последующей рекстракцией смесью этанол-хлороформ (1:1). Экспериментально установили, что удельный показатель поглощения (E_1) нимесулида составил 680. При добавлении к 50 г печени 50 мг нимесулида определили 6,5% извлечённого вещества.

Таблица 4
Результаты ГЖХ и спектрофотометрии

Исследуемое вещество	ГЖХ, Т отн.	СФ-56, максимумы, нм		
		0,1н HCl	0,1н NaOH	этанол
дексаметазон	2,88	255	290	255
ибупрофен	6,82	270,350	265	265
индометацин	10,01	-	230,280	230,318
кетопрофен	1,72	250,320	250,325	245,315
нимесулид	5,30	-	390	300,325
ортофен	0,74	260,345	273	280

Литература:

1. Крамаренко В.Ф. Токсикологическая химия. К.: Выща шк. Головное изд-во, 1989. - С. 194.
2. Машковский М.Д. Лекарственные средства. 12-е изд. М: Медицина, 1993. Ч.1. – С. 214-218, 673.
3. Moffat A.C., Jackson J.V., Moss M.S., Widdop B. Clarke's isolation and identification of drugs in pharmaceuticals, body fluids and post-mortem material. 2-nd Ed.- London. The pharmaceutical press, 1986. - P.169-170, 518-519, 533, 677, 681, 697, 1169-1170.

© В.М. Напольских, Н.А. Бочкарева, В.Б. Столбов, 2008
УДК 616-006:616.35-089

В.М. Напольских, Н.А. Бочкарева, В.Б. Столбов

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА УРГЕНТНЫХ СОСТОЯНИЙ В ОНКОПРОКТОЛОГИИ

Кафедра онкологии (зав. кафедрой - проф. В.М. Напольских)
ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия

Авторами проанализировано 68 пациентов с острой толстокишечной обструкцией (непроходимостью) опухолевого происхождения, описана тактика лечения зависящая от стадии заболевания, уровня непроходимости, сопутствующих осложнений (перитонит, перфорация кишечника, абдоминальный абсцесс).

При I стадии заболевания больным с легкой и среднетяжелой степенью непроходимости допустимо выполнение первично радикальной операции с забрюшинной лимфодиссекцией и наложением первичного межкишечного анастомоза. Адекватная декомпрессия кишечника при первичной операции (колостомия), позволяет в последующем через 1 месяц выполнить радикальную операцию с адекватной лимфодиссекцией и закрытием колостомы без каких-либо тяжелых осложнений для больного. Выполнение операций Гартмана часто является нерадикальным и требует направления больного в специализированное отделение для повторной радикальной операции.

Ключевые слова: острая толстокишечная обструкция, опухоль, хирургическая операция.

EXPERT ESTIMATION URGENT CONDITIONS IN ONCOPROCTOLOGY

V.M. Napolskyh, N.A. Bochkareva, V.B. Stolbov

Authors analyzed 68 patients with acute colon obstruction by of tumor genesis, they described tactic of treatment depends on staging disease, grade of impassability, concomitant complications (peritonitis, perforation of intestine, abscess in abdomen). The following conclusions were made because of research:

It is allowed to carry out firstly complete surgical operation with retroperitoneal dissection and laying on anastomosis for patients in first staging of disease with light and middle grades of impassability.

Key words: acute colon obstruction, tumor, surgical operation.

Заболеваемость колоректальным раком неуклонно растет как у нас в стране, так и в большинстве западных государств. По данным В.И. Чиссова, в 2000 г. в структуре общей заболеваемости злокачественными новообразованиями в России колоректальный рак составил 9,6% у мужчин и 10,2% - у женщин. А в 2001 г. было зарегистрировано 24849 вновь заболевших раком ободочной и 20541 раком прямой кишки. В 2003 г. в России выявили 50698 новых случаев заболевания, что на 3168 (6,2%) превысил число заболевших в 2000 г. (Шойхет, Чиссов В.И., 2005).

ВЫВОДЫ:

1. Установлена возможность изолирования противовоспалительных средств производных метилпреднизолона, пропионовой, фенилуксусной кислот, сульфонанилида подкисленной водой при pH 2 и pH 9-10.

2. Отмечено, что при ТСХ-скрининге лишь некоторые системы растворителей пригодны для хроматографирования веществ исследуемой группы. Реакции окрашивания неспецифичны, что затрудняет идентификацию рассматриваемых лекарственных средств.

3. При идентификации данных веществ могут быть использованы комплексные исследования различными физико-химическими методами: хроматография в тонком слое сорбента, газожидкостная хроматография, спектрофотометрия в ультрафиолетовой области спектра.

4. Количественное определение веществ можно проводить методом газожидкостной хроматографии, а нимесулида, кроме того, спектрофотометрическим в 0,1 н растворе гидроксида натрия при длине волны 390 нм.

5. Экспериментально определённый нами процент извлечения исследуемых веществ при изолировании подкисленной водой сравнительно невелик, что требует дальнейшего поиска оптимальных условий извлечения.

Ежегодно в мире регистрируют около 800 тыс. больных раком ободочной и прямой кишки и 440 тыс. смертей от него (Шойхет, Аксель Е.М., 2001).

Рак ободочной и прямой кишки за последние годы занял высокое место в ряду общей структуры онкологических болезней и продолжает удерживать это место во многих странах Европы и Америки. За последние 5 лет не отмечается значительных изменений в структуре и абсолютных показателях заболеваемости колоректальным раком (Шойхет, Аксель Е.М., 2001). В настоящее время

можно с уверенностью утверждать, что это заболевание является самым распространенным среди всех злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта.

В 2003 г. в России от данной патологии умерло 36036 человек. В структуре смертности от злокачественных новообразований ободочная кишка занимает 4-е ранговое место (5,1%) у мужчин и 3-е (8,8%) - у женщин. (Шойхет, Чиссов В.И., 2005). Прирост стандартизованных показателей смертности за последнее десятилетие наиболее выражен при раке ободочной кишки – 13,3%. (Шойхет, 2005).

Несмотря на современный уровень организации и оснащенность медицинской помощи, ранняя диагностика рака толстой кишки остается на низком уровне. Наибольшее количество больных с вновь диагностированным колоректальным раком приходится на 3-4 стадии заболевания (Гатауллин И.Г, 1996; Гарин А.М., 2000; Аксель Е.М., 2001).

По данным Н.Н. Александрова и соавторов (1980), частота кишечной непроходимости при раке толстой кишки колебалась от 4,2 до 69% (с 1960 по 1973г.) и в среднем составила 26,4%. По данным отечественных и зарубежных авторов, за 1976 – 1985 гг. из 4798 больных раком толстой кишки непроходимость ее наблюдалась у 1371, что составляет 27,5%. Таким образом, следует считать, что частота обтурационной непроходимости при раке толстой кишки возрастает. (Петров В.П., Ерюхин И.А., 1989).

Острая кишечная непроходимость (ОКН) опухолевого генеза является одной из самых актуальных проблем хирургии. Даже в плановой хирургии колоректального рака частота ОКН составляет до 49%, а среди больных раком толстой кишки, поступающих в стационар в экстренном порядке, ОКН встречается в 86% случаев (Федоров В.Д, Воробьев Г.И., Ривкин В.Л., 1994).

По данным РКОД всего за период с 2000 по 2005гг. оперировано 68 таких больных, что составило 14,67% от всех больных раком левой половины ободочной кишки. Среди больных осложненным колоректальным раком преобладали женщины – 37 (54,4%), мужчин было 31 (45,6%), возраст больных был от 35 до 77 лет.

Наша тактика лечения зависела от стадии заболевания, степени выраженности непроходимости, сопутствующих осложнений (перитонит, перфорация кишки, наличие абсцессов в брюшной полости). По стадиям заболевания больных с I стадией за период с 2000 по 2005гг. было 10 (14,7%), со II ст. – 24 (35,3%), с III ст. – 18 (26,5%), с IV ст. – 16 (23,5%) человек. Т. е. большинство больных составили пациенты со II, III и IV стадиями заболевания.

Всем больным с I стадией заболевания с легкой, средней и тяжелой степенью непроходимости, удалось выполнить радикальные операции. В зависимости от степени непроходимости, выполнены следующие объемы операций: больным с легкой и средней степенью тяжести непроходимости кишечника - резекции сигмовидной кишки, левосторонние гемиколэктомии и комбинированные операции с обязательной забрюшинной лимфодиссекцией и наложением анастомоза. Двум больным с тяжелой степенью толстокишечной непроходимости выполнены: одному из них - обструктивная резекция сигмовидной кишки с забрюшинной лимфодиссекцией, наложением колостомы, в связи с наличием у него разлитого серозно-фибринозного перитонита с высоким риском развития несостоятельности швов анастомоза и одному больному также с тяжелой степенью непроходимости - резекция сигмовидной кишки с забрюшинной лимфодиссекцией дополненную трансверзостомией для разгрузки анастомоза с целью профилактики его несостоятельности.

Со II стадией заболевания на уровне развития ОКН только 37,5% больных с легкой степенью непроходимости удалось выполнить одномоментные радикальные операции в объеме резекции сигмовидной кишки, левосторонней гемиколэктомии, передней резекции с забрюшинной лимфодиссекцией и наложением первичного анастомоза. 41,7% больных со II стадией заболевания и средней степенью тяжести непроходимости кишечника выполнена операция Гартмана с обязательной забрюшинной лимфодиссекцией, в связи с наличием у них серозного перитонита и высоким риском развития несостоятельности швов анастомоза. В последующем, через 2 месяца, им выполнен II этап операции Гартмана. 20,8% больным со II-й стадией заболевания и тяжелой степенью кишечной непроходимости выполнена подвесная сигмостомия т. к. в связи с наличием у них серозно-фибринозного перитонита и тяжелого состояния расширение операции, на данном этапе, не представлялось возможным. В дальнейшем, через месяц, им выполнены радикальные операции с адекватной лимфодиссекцией и восстановлением целостности желудочно-кишечного тракта.

При III стадии заболевания радикальные одномоментные операции с забрюшинной лимфодиссекцией и наложением 1-го анастомоза удалось выполнить у 38,9% больных с легкой степенью кишечной непроходимости, 33,3% больных со средней степенью тяжести непроходимости выполнена операция Гартмана с забрюшинной лимфодиссекцией, 22,2% больных с тяжелой степенью непроходимости в связи с местной распространенностью процесса, наложены 2-ствольные сигмостомы, 5,55% больным раком нисходящей ободочной кишки с тяжелой степенью непроходимости, вращением опухоли в забрюшинную клетчатку и левую почку, наложен обходной трансверзо-сигмоанастомоз, как окончательный вариант операции.

При IV стадии заболевания лишь 12,5% больным с легкой степенью кишечной непроходимости удалось выполнить первично радикальные комбинированные операции с забрюшинной лимфодиссекцией и наложением анастомоза. Остальным 87,5% больным со среднетяжелой и тяжелой степенью кишечной непроходимости выполнены симптоматические и паллиативные операции (сигмостомии, обходные анастомозы, паллиативные резекции сигмовидной кишки).

Послеоперационная летальность составила 8,8%.

Кроме этого, следует отметить, что в РКОД оперировано 16 больных после разрешения кишечной непроходимости в других лечебных учреждениях УР, куда они госпитализированы во время экстренных дежурств. Из них 4 больным со II стадией заболевания выполнены сигмо- и трансверзостомии. Всем им через 1-2 месяца в РКОД выполнены радикальные операции с забрюшинной лимфодиссекцией и наложением первичного межкишечного анастомоза.

При анализе 12-ти больных, которым была выполнена операция Гартмана в общелечебной сети, выявлено, что операции с лимфодиссекцией выполнены только 2-м больным (16,6%). У 5-ти больных (41,6%) в исследуемых препаратах не найдено ни одного лимфоузла, что говорит о неадекватности лимфодиссекции. У данных пациентов при оперативном вмешательстве в РКОД, метастазы в лимфоузлы найдены у 2-х больных.

У 4-х больных (33,3%) после операции Гартмана в общелечебной сети, выявлен рост опухоли по дистальной линии резекции, а у 1-го больного (8,3%) – рост опухоли в забрюшинной клетчатке.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. При I стадии заболевания больным с легкой и среднетяжелой степенью непроходимости допустимо выполнение первично радикальной операции с забрюшинной лимфодиссекцией и наложением первичного межкишечного анастомоза.

2. Адекватная декомпрессия кишечника при первичной операции (колостомия), позволяет в последующем через 1 месяц выполнить радикальную операцию с адекватной лимфодиссекцией и закрытием колостомы без каких-либо тяжелых осложнений для больного.

3. Выполнение операций Гартмана в urgentной хирургии, часто является нерадикальным и требует своевременного направления больного в специализированное онкопроктологическое отделение для повторной радикальной операции.

4. Нецелесообразны при тяжелой степени непроходимости попытки выполнения радикальных операций. Выполнение разгрузочных колостомий позволяет в ближайшее время провести радикальное вмешательство с адекватной лимфодиссекцией.

© С.А. Фрисс, 2008
УДК 340.6

С.А. Фрисс

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕЧЕНИ В ЭКСПЕРТИЗЕ СМЕРТЕЛЬНЫХ ОТРАВЛЕНИЙ СУРРОГАТНЫМ АЛКОГОЛЕМ

ОГУЗ "Челябинское областное бюро судебно-медицинской экспертизы" (начальник - к.м.н. Е.Ф. Швед)

Отражены гистологические изменения печени при отравлениях суррогатным алкоголем. Дана характеристика «токсического гепатита» в динамике с учетом тканевых реакций и клеточных коопераций. Изучено распределение клеток Купфера с оценкой их роли в течении и исходе поражений печени. Использованы секционные материалы, гистологические и иммуногистохимические методы исследования, клинические и дополнительные данные.

Ключевые слова: суррогатный алкоголь, токсический гепатит, жировая дистрофия, гепатонекрозы, иммуногистохимическое исследование, клетки Купфера.

THE ROLE OF IMMUNOHISTOCHEMICAL RESEARCH OF THE LIVER IN THE EXPERTISE OF LETHAL POISONINGS BY ALCOHOL SUBSTITUTES

S.A. Friss

We described histological changes in the liver in the poisonings by alcohol substitutes. We gave the characteristic of "toxic hepatitis" in its course taking into consideration the tissues reactions and the cellular aggregates. We studied the distribution of the Kupffer cells and evaluated their role in the course and the final phase of the liver impairments. We used autopsy materials, histological and immunohistochemical methods of research, clinical and additional data.

Key words: alcohol substitutes, toxic hepatitis, lipid dystrophy, hepatonecroses, immunohistochemical research, Kupffer cells.

Различные аспекты алкогольных интоксикаций изучаются отечественными и зарубежными исследователями с конца XIX века по настоящее время [7, 10]. В последние десятилетия судебно-медицинская экспертиза уделяет большее внимание отравлениям суррогатами алкоголя, приготовленными кустарным способом и фальсифицированными алкогольными напитками, а также жидкостями, не предназначенными для приема внутрь [1, 2].

Помогая определить повреждающий фактор, результаты гистологического исследования учитываются при диагностике и экспертной оценке повреждений тканей и органов пострадавших, при установлении основных механизмов танатогенеза [3]. Простые и доступные, но вместе с тем объективные и надежные гистологические методы окрашивания аутопсийного материала успешно используются в практике судебно-медицинских бюро [9]. Наряду с ними возможно применение достаточно новых в экспертизе и токсикологии иммуногистохимических методов анализа.

Вместе с тем, на современном этапе следует отметить расширение спектра отравляющих веществ. В качестве токсикантов могут выступать новейшие средства химической и фармацевтической промышленности, действие которых изучено на экспериментальных животных, при этом механизмы их токсикодинамики и токсикокинетики в человеческом организме не установлены [10]. Это определяет актуальность судебно-медицинской экспертизы смертельных отравлений неизвестными ядами, опирающейся на результаты морфологического анализа.

Осенью 2006 года по России прошла волна массовых отравлений неустановленным ядом, приведших к тяжелому поражению печени. Роль отравляющего вещества предположительно была отведена спиртовому раствору полигексаметиленгуанидина гидрохлорида (ПГМГ-ГХ), входящему в состав ряда дезинфицирующих средств [5].

Целью настоящей работы явилось исследование морфологических особенностей поражения печени при отравлении суррогатным алкоголем жителей Челябинской области.

Нами проанализированы акты гистологического и судебно-медицинского исследования 50 умерших от отравления в сентябре-октябре 2006 года, дополнительные данные, карты стационарных больных. Использованы секционные материалы. Полученные фрагменты печени фиксированы в 10% растворе нейтрального формалина. Помимо общепринятых гистологических и дополнительных методов, использованы иммуногистохимические методы окраски тканевых срезов. Нейтральные жиры исследовали при окраске Суданом III, липоиды - Суданом черным, двойкопреломляющие липиды (холестерин и эстеры) - в поляризованном свете, соединительнотканые волокна: ретикулиновые - серебрением по Гомори, коллагеновые - пикрофуксином по Ван Гизону, железо - при окраске по Перлсу и Тирману. Изучали воспалительно-клеточный инфильтрат с применением моноклональных антител к CD68. Материалом для исследования послужили 50 случаев отравления неустановленным гепатотропным ядом при смерти в стационаре и на догоспитальном этапе.