

РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫЙ СТАТУС КАК ИНДИКАТОР РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

Краевой онкологический диспансер,

Россия, 350000, г. Краснодар, ул. Димитрова, 146, тел. 8 (918) 3882400. E-mail: ivan@kubannet.ru

Оценка степени восстановления регуляторно-адаптивного статуса организма у 50 пациентов после гастрэктомии проводилась по диапазону сердечно-дыхательного синхронизма, длительности развития синхронизации на минимальной границе диапазона, индексу регуляторно-адаптивного статуса. Самым информативным показателем оказался индекс регуляторно-адаптивного статуса.

Ключевые слова: гастрэктомия, регуляторно-адаптивный статус, сердечно-дыхательный синхронизм, индекс регуляторно-адаптивного статуса.

I. A. VERBITSKIY

THE REGULATORY ADAPTIVE STATUS AS THE INDICATOR OF REHABILITATION PATIENTS AFTER GASTRECTOMY

The regional clinical oncologic dispensary,

Russia, 350000, Krasnodar, Dimitrova st., 146, tel. 8 (918) 3882400. E-mail: ivan@kubannet.ru

Evaluation of regulatory-adaptive state recovery period of 50 patients after gastrectomy, was carried out according to cardiorespiratory synchronism, as well as duration of its development at the minimum cycle border and regulatory adaptive state index. The most informative index turned to be a regulatory-adaptive state index.

Key words: gastrectomy, regulatory adaptive state, cardiorespiratory synchronism, regulatory adaptive state index.

Гастрэктомия как метод хирургического лечения рака желудка получила широкое распространение, учитывая более позднее возникновение прогрессирования заболевания по сравнению с химиотерапевтическим методом лечения [6]. Для снижения частоты возникновения рецидива заболевания в настоящее время широко применяется гастрэктомия с расширенной лимфодиссекцией в объеме D2 [7].

Ранее было показано, что по параметрам сердечно-дыхательного синхронизма можно оценить степень восстановления регуляторно-адаптивного статуса организма больных, которым выполнена гастрэктомия по поводу рака желудка [1]. Среди параметров пробы сердечно-дыхательного синхронизма наиболее информативными являются диапазон синхронизации сердечного и дыхательного ритмов и длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона [2]. Исходя из этого, в целях интеграции этих двух наиболее информативных параметров сердечно-дыхательного синхронизма В. М. Покровским [3] предложено представить их во взаимосвязи посредством индекса регуляторно-адаптивного статуса.

Целью работы явилось выяснение информационной значимости динамики индекса регуляторно-адаптивного статуса в прогнозировании процесса реабилитации больных после гастрэктомии по поводу рака желудка.

Материалы и методы исследования

Наблюдения выполнены на 50 пациентах, больных раком желудка, которым в краевом онкологическом центре города Краснодара была выполнена гастрэктомия с лимфодиссекцией D2. Накануне операции и через 6 недель после нее наряду с клинико- лабора-

торным и инструментальным обследованием у них был определен регуляторно-адаптивный статус пробой сердечно-дыхательного синхронизма на приборе «ВНС-Микро» посредством системы для определения сердечно-дыхательного синхронизма у человека [4, 5]. В качестве параметров взяты: диапазон синхронизации (ДС), длительность ее развития на минимальной границе диапазона (ДлРмин. гр.). Рассчитывали индекс регуляторно-адаптивного статуса по формуле: $ДС / ДлРмин. гр. \times 100$ [3]. Полученные данные и расчетные величины обрабатывали статистическими методами вариационной статистики.

Полученные результаты и их обсуждение

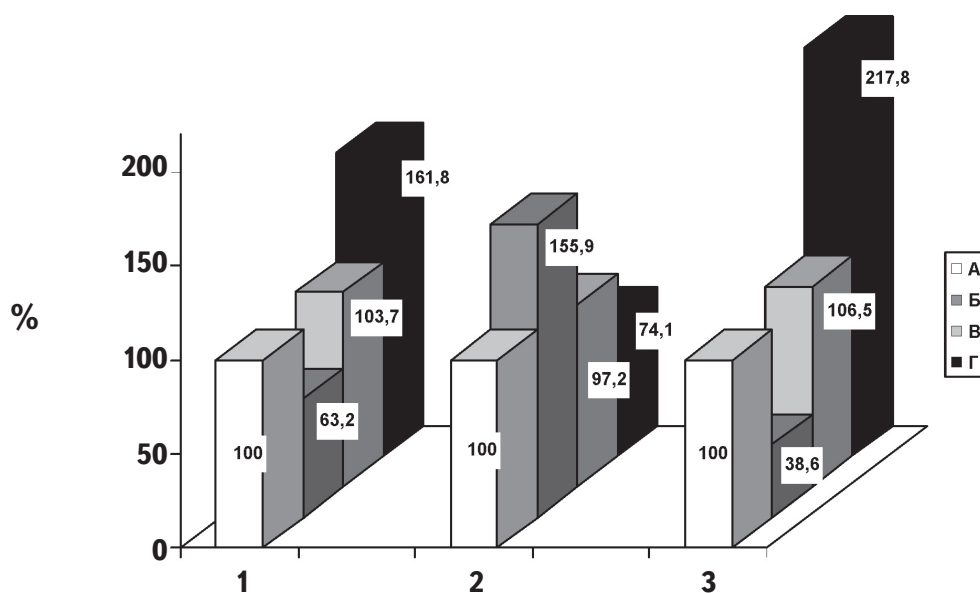
По динамике параметров сердечно-дыхательного синхронизма, зарегистрированных накануне операции и через 1,5 месяца после нее, больные были разбиты на три группы (таблица).

У больных первой группы диапазон синхронизации увеличивался на 61,8% (рисунок), длительность развития сердечно-дыхательного синхронизма уменьшалась на 25,9%, а индекс регуляторно-адаптивного статуса увеличивался на 117,8% и свидетельствовал о хороших регуляторно-адаптивных возможностях этой категории больных. Эти данные подтверждались клиническими результатами.

Во второй группе пациентов регуляторно-адаптивный статус через месяц после гастрэктомии не изменялся. На это указывает отсутствие достоверных изменений диапазона синхронизации и длительности ее развития. Значение индекса до и после операции указывало на низкие возможности регуляторно-адаптивного статуса организма.

Параметры сердечно-дыхательного синхронизма у больных раком желудка накануне и через 1,5 месяца после гастрэктомии ($M \pm m$)

Параметры сердечно- дыхательного синхронизма	Рак желудка					
	1-я группа, n=29		2-я группа, n=13		3-я группа, n=8	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Диапазон синхронизации в кардиореспираторных циклах в минуту	5,5±0,1	8,9±0,1 P<0,001	5,4±0,1	5,6±0,1 P>0,05	5,7±0,1	3,6±0,1 P<0,001
Длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона в кардиоциклах	20,1±0,2	14,9±0,2 P<0,001	21,9±0,5	21,3±0,6 P>0,05	19,3±0,2	30,1±0,6 P<0,001
Индекс регуляторно-адаптивного статуса	27	59	24	26	29	12
Регуляторно-адаптивные возможности организма	Близкие к низким	Хорошие	Близкие к низким	Близкие к низким	Близкие к низким	Низкие



Информационная значимость параметров сердечно-дыхательного синхронизма и индекса регуляторно-адаптивного статуса у больных после гастрэктомии:

А – до операции.

Через 1,5 месяца после операции: Б – при прогрессировании заболевания,

В – отсутствии динамики,

Г – восстановлении регуляторно-адаптивного статуса.

1 – диапазон синхронизации,

2 – длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона,

3 – индекс регуляторно-адаптивного статуса.

В третьей группе больных диапазон синхронизации через месяц после операции уменьшался на 36,8%, а длительность ее развития увеличивалась на 64,5%. Индекс регуляторно-адаптивного статуса уменьшался на 61,4% и свидетельствовал о низких регуляторно-адаптивных возможностях организма. В последующем у этих больных имело место прогрессирование патологического процесса.

Представленные факты свидетельствуют о том, что у пациентов при возрастании регуляторно-адаптивного

статуса в процессе реабилитации после гастрэктомии происходит мобилизация защитных сил организма в ближайшем послеоперационном периоде и рецидива заболевания не возникает. И наоборот, ухудшение регуляции защитных свойств пациентов после оперативного вмешательства выражается в снижении регуляторно-адаптивного статуса и проявляется развитием в скором времени рецидива онкологического процесса.

Таким образом, на первом месте по информационной значимости среди показателей регуляторно-

адаптивного статуса находится соответствующий индекс, а затем в прогнозировании реабилитации стоят такие параметры сердечно-дыхательного синхронизма, как диапазон синхронизации и длительность его развития. Такая последовательность обусловлена тем, что в целях интеграции двух наиболее информативных параметров сердечно-дыхательного синхронизма: диапазона синхронизации и длительности развития синхронизации на минимальной границе диапазона, отражающих регуляторно-адаптивные возможности организма, предложено представить их во взаимосвязи, выраженной индексом регуляторно-адаптивного статуса [3]. По величине индекса была предложена градация регуляторно-адаптивного состояния человека, что и послужило выделением этого показателя, в том числе и в нашей работе, как самого информативного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вербицкий И. А. Оценка динамики регуляторно-адаптивного статуса пациентов, перенесших гастрэктомию // Кубанский научный медицинский вестник. – 2009. – № 5 (110). – С. 10–12.

2. Покровский В. М. Формирование ритма сердца в организме человека и животных. – Краснодар: Кубань-книга, 2007. – 143 с.

3. Покровский В. М. Сердечно-дыхательный синхронизм в оценке регуляторно-адаптивного статуса организма. – Краснодар, 2010.

4. Покровский В. М. Сердечно-дыхательный синхронизм: выявление у человека, зависимость от свойств нервной системы и функциональных состояний организма / В. М. Покровский, В. Г. Абушкевич, Е. Г. Потягайло, А. Г. Похотько // Успехи физиол. наук. – 2003. – Т. 34, № 3. – С. 68–77.

5. Покровский В. М., Пономарев В. В., Артюшков В. В., Фомина Е. В., Гриценко С. Ф., Полищук С. В. Система для определения сердечно-дыхательного синхронизма у человека. Патент № 86860 от 20 сентября 2009 года.

6. Черноусов А. Ф., Поликарпов С. А. Расширенная лимфаденэктомия в хирургии рака желудка. – М., 2005. – 160 с.

7. Gotoda T., Sasako M., Ono H., Katai H., Sano T. and Shimoda T. Evaluation of the necessity for gastrectomy with lymph node dissection for patients with submucosal invasive gastric cancer // British journal of surgery. – 2001. – № 88. – P. 444–449.

Поступила 30.09.2010

А. А. ВИНОКУР, В. Е. ДЬЯКОВ, О. А. АЛУХАНИЯ

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФИЗИКО-МЕХАНИЧЕСКИХ СВОЙСТВ НОВЫХ ЗАПЛАТ ИЗ ПОЛИТЕТРАФТОРЭТИЛЕНА

Кафедра ангиологии, амбулаторной и сосудистой хирургии ФПК и ППС
ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет»,
Россия, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 8 (861) 2338231. E-mail: vi_lex@mail.ru

В статье рассматривается проблема новых материалов для сосудистой хирургии. Выявлено, что структура синтетического эксплантата является важным фактором при замещении участка артерии. В статье представлены исследования физико-механических свойств новых сосудистых заплат из пористого политетрафторэтилена с различной внутренней структурой.

Ключевые слова: сосудистая заплата, эксплантат, ПТФЭ.

A. A. VINOKUR, V. E. DJAKOV, O. A. ALUKHANJAN

COMPARATIVE RESEARCH OF PHYSICOMECHANICAL PROPERTIES OF NEW PTFE PATCHES

Chair of angiology and vascular surgery, the Kuban state medical university,
Russia, Krasnodar, st. Sedina, 4, tel. 8 (861) 2338231. E-mail: vi_lex@mail.ru

In article the problem of new materials for vascular surgery is considered. It is revealed that the structure synthetic explants is the important factor at replacement of a site of an artery. In article researches of physicommechanical properties of new vascular patches from porous PTFE with various internal structure are presented.

Key words: vascular patch, PTFE, graft.

В настоящее время потребность в реконструктивно-восстановительных операциях на аорте и ее ветвях составляет не менее 1% всего населения [2, 4, 5], что диктует необходимость наличия оптимальных трансплантатов для замещения пораженных артерий человека. Первоначально естественным было стремление хирургов использовать для этих целей ткани самого больного. Первыми трансплантатами были аутососуды (артерии и вены самого больного). Самым распространенным материалом для ауто-трансплантации стала большая подкожная вена. Однако возможность ее использования, равно как и

аутоартерий человека, оказалась очень ограниченной. К тому же наблюдались такие осложнения, как аневризматические расширения и разрывы трансплантатов, их тромбозы [7, 8, 11, 13, 15]. Подобные осложнения наблюдались также при применении алло- и ксенотрансплантатов [1, 4, 12, 14].

Многолетний опыт применения синтетических материалов в сердечно-сосудистой хирургии позволил выделить эксплантаты из политетрафторэтилена (ПТФЭ) как наиболее перспективные. Они обладают такими ценными свойствами как высокая биологическая и нулевая хирургическая порозность, тромборезистент-