

МЕТАБОЛИЗМ АЦЕТИЛЦИСТЕИНА

Аблеева Д.Р., Ивашев М.Н.

Астраханский государственный медицинский университет, e-mail: ivashev@bk.ru

Ацетилцистеин (АЦЦ) в организме человека проходит определенные метаболические изменения, как и другие препараты [1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16].

Цель исследования. Оценка метаболических изменений ацетилцистеина.

Материал и методы исследования. Анализ данных исследований.

Результаты исследования и их обсуждение. Биодоступность ацетилцистеина составляет 10% при введении через рот, то есть при первом прохождении через печень ацетилцистеин метаболизируется до цистеина на 90%. Цистеин (альфа – амино – бета – тиопропионовая кислота; 2–амино–3–меркаптопропановая кислота) – алифатическая серосодержащая аминокислота, оптически активна, существует в виде L- и D- изомеров. L-Цистеин входит в состав белков и пептидов, играет важную роль в процессах формирования тканей кожи. Цистеин способствует пищеварению, участвуя в процессах переаминирования, обезвреживает некоторые токсические вещества (защищает клетки печени и мозга от алкоголя и табака) и защищает организм от повреждающего действия радиации. Один из самых мощных антиоксидантов, при этом его антиоксидантное действие усиливается при одновременном приеме витаминов В-6, С и селена. Увеличивая количество глутатиона в легких, почках, печени и красном костном мозге, цистеин замедляет процессы старения (уменьшает количество старческих пигментных пятен в коже). Цистеин ускоряет сжигание жиров и образование мышечной ткани. Цистеин нужен для синтеза таурина и глутатиона. Таурин моделирует функции нервной системы, сердечной мышцы, сосудов, сохраняет зрение, увеличивает термогенез (потерю жира) и способствует росту мускулатуры, а глутатион сохраняет мышечную массу, защищая от катаболизма, что используется в бодибилдинге.

Выводы. Метаболизм ацетилцистеина важен для поддержания гомеостаза.

Список литературы

1. Адаптивное и ремоделирующее действие масляного экстракта ромашки в эксперименте / Е.Е. Зацепина [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – №1. – С.96–97.
2. Адаптивно-ремоделирующее действие жирного экстракта липы в процессах регенерации в экспериментальной фармакологии / Е.Е. Зацепина [и др.] // Современные наукоемкие технологии. – 2012. – №12. – С.38–39.
3. Бондаренко, Д.А. Моделирование патологических состояний кожи у крыс и мышей / Д.А. Бондаренко [и др.] // Цитокины и воспаление. – 2010. – Т.9. – № 4. – С. 28–31.
4. Взаимодействие ребамипида и урсосана / Э.М. Циколия [и др.] // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – №11–1. – С.120–121.
5. Визуализация неспецифического воспаления в эксперименте / А.В. Сергиенко [и др.] // Аллергология и иммунология. – 2006. – Т.7; №3. – С. 440.
6. Влияние альфа-2–адреноблокаторов на мозговое кровообращение в эксперименте / Ивашев М.Н. [и др.] // Российский медицинский журнал. – 1995. – С. 220.
7. Влияние жирных растительных масел на динамику мозгового кровотока в эксперименте / А.В. Арлыг [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – №11. – С. 45–46.
8. Клиническая фармакология ацетилцистеина / М.Н. Ивашев [и др.] // Успехи современного естествознания. – 2013. – №5. – С. 116–117.
9. Клиническая фармакология низкомолекулярных гепаринов / А.В. Сергиенко [и др.] // Современные наукоемкие технологии. – 2013. – №3. – С.92.
10. Оценка состояния нервной системы при однократном применении масляного экстракта плодов пальмы сабаль / И.А. Савенко [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – №11. – С. 15.
11. Ремоделирующая активность адаптивной репарации экстракта жирного масла льна в экспериментальной фармакологии / Е.Е. Зацепина [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – №1. – С.112–113.
12. Системная и региональная гемодинамика во время судорожного припадка у крыс, генетически предрасположенных к аудиогенной эпилепсии / Ивашев М.Н. [и др.] // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 1991. – Т. 112. – № 12. – С. 604–605.
13. Фармакодинамика левомеколя / Э.М. Циколия [и др.] // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – №8–0. – С.87–88.
14. A comparative study of the hemodynamic response to acute immobilization stress in hypertensive rats pretreated with antidepressants (tetrindole and desipramine) / Korshunov V.A. [at all.] // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 2000. – Т. 63. – № 5. – С. 18–20.
15. Hemodynamic effects of tetrindol in alert normotensive mice and rats after blockade of nitric oxide synthesis / Korshunov V.A. [at all.] // Bulletin of Experimental Biology and Medicine. – 2000. – Т. 130. – № 2. – С. 777–779.
16. Systemic and regional hemodynamics in albino rats and wild musk-rats during diving / Ivashev M.N. [at all.] // Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. – 1992. – Т.78. – С. 41.

**СОВРЕМЕННЫЕ КРИТЕРИИ
ОГРАНИЧЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ
ПАЦИЕНТА: КАТЕГОРИИ И ГРУППЫ
С ПОЗИЦИИ БИОЭТИКИ**

Султангалиева Д.А., Доника А.Д.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: addonika@yandex.ru

Несмотря на легитимность понятия правоспособности пациента в национальной системе здравоохранения, методологический аппарат биоэтики позволяет расширить границы этого понимания. Так, неправоспособность можно определить, как недостаточность свободы, требующейся аутентичных решений, из-за неспособности принимать такие решения даже тогда, когда поставлена возможность. Традиционно под такое определение попадают разные группы относятся люди, сталкивающиеся с трудностями при обучении, люди с расстройством психикой, пожилые люди со спутанным сознанием и люди, находящиеся в бессознательном состоянии. С позиций современной биоэтики различают критерии правоспособности давать согласие:

способность понимать данную информацию, способность осознавать характер данной ситуации, способность оценивать относящиеся к делу факты, способность осуществлять выбор, способность использовать понятную информацию для принятия реалистичных решений, способность понять последствия согласия или несогласия. Кроме того, по критерию ограничений правоспособности давать согласие на медицинское вмешательство выделяют «категории субъектов». Среди последних различают следующие группы: лица, которые пока еще не в состоянии принимать самостоятельные решения; лица, которые уже не могут принимать самостоятельные решения; лица, которые временно не в состоянии принимать самостоятельные решения; лица, которые постоянно не в состоянии принимать самостоятельные решения.

В свою очередь, существуют и «категории обстоятельств», такие как: неблагоприятные экономические условия, неграмотность социально-культурные обстоятельства, подневольные категории лиц (например, заключенные).

Кроме того, правоспособность пациента может быть ограничена по ряду «категорий практики»: клиническое лечение и обследование, эпидемиологическое исследование (н-р, использование ранее собранных данных), общественное здоровье (н-р, вакцинация), чрезвычайные условия (н-р, реанимация).

Список литературы

1. Доника А.Д. Медицинское право: европейские традиции и международные тенденции // Биоэтика. – № 2(10). – 2012. – С. 59–62.
2. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика – 2015 – № 1(15) – С. 58–60.

РАК ТЕЛА МАТКИ В СТРУКТУРЕ ОНКОПАТОЛОГИИ НА СЕВЕРО-ЗАПАДЕ РОССИИ

¹Хорева О.В., ²Казаков А.В., ¹Казакова С.А.,
¹Ирхина И.Е., ¹Капустин Е.О., ¹Османова Г.Ш.

¹Северный государственный медицинский
университет, Архангельск,
e-mail: khoreva69@mail.ru;

²ООО «Медицинский центр «ДИАМЕД»,
Архангельск

В структуре онкологической патологии у женщин рак матки занимает четвертое место по распространенности, уступая раку молочной железы, толстой кишки и легких, и седьмое место среди причин смерти от злокачественных опухолей. Ежегодно в мире выявляют примерно 500 000 новых случаев рака тела матки, из них 15000 – в России. На долю этого заболевания в среднем приходится 4,4% в развитых странах, 5,2% в РФ и до 15% в развивающихся государствах. В странах Европы заболеваемость раком матки составляет от 13 до 24 случаев на 100 000 женщин, а смертность – 4–5.

За последние 10 лет прирост заболеваемости раком тела матки в России составляет 23,83%, а среднегодовой темп прироста 2,11%; смертность – 5 на 100 000 населения, что значительно ниже, чем в Мексике (17) и выше, чем в Финляндии (1). За последние 10 лет прирост смертности от рака тела матки составил 7,22%, среднегодовой прирост – 0,69%.

Примерно 30% новых случаев заболевания диагностируются на последних стадиях развития, поэтому показатели летальности на первом году после постановки диагноза неутешительны.

Нами была проанализирована медицинская документация (истории болезни, амбулаторные карты) 1082 женщины с новообразованиями в матке, проживающие в различных районах Архангельской области и в областном центре: 868 из числа городских и 214 из числа сельских жителей, что соответственно составило 80% и 20%. Средний возраст пациенток, обратившихся за медицинской помощью – 50–70 лет, что составляет 32–34%. Злокачественные новообразования тела матки составляют 45%. При жизни, впервые было взято на учет 95% жительниц; 86% пациенток обратились в ЛПУ самостоятельно, у остальных 14% онкопатология была выявлена при других обстоятельствах (диспансеризация, профосмотр и др.).

97% диагнозов было подтверждено гистологически (трепан-биопсия), 2% – экоскопически (УЗИ). Наиболее распространенными гистологическими формами рака тела матки были эндометриодная карцинома и аденокарцинома (63,5% и 18,6% соответственно). Остальные 17,9% составили аденосквамозная карцинома, лейомиосаркома и другие морфологические варианты опухолей.

В 58,8% диагностировалась 1 стадия опухоли, в 15,5% – 2 стадия, в 18,4% – 3 стадия, в 4,2% – 4 стадия. Невыраженная картина стадийности онкопатологии, составила 3,1%. Следует отметить, что частота первичной диагностики опухолей, соответствующей 1 и 2 стадиям мало чем отличалась у пациенток из районов Архангельской области, однако, значительно чаще первичный диагноз опухоли 3 стадии (22,9% против 15,6%) и 4 стадии (5,7% против 3,1%) отмечен у жительниц сельской местности относительно городских пациенток. Это указывает на несвоевременность обращения сельских жительниц за медицинской помощью.

Отдаленные метастазы имели 7,6% городских пациенток и 8% пациенток из районов Архангельской области. Наиболее частой локализацией отдаленных метастазов были легкие и плевра (19,2%), печень (15,6%), яичники (8,4%), множественные метастазы (19,2%). Следует отметить, что множественные метастазы наблюдались значительно чаще у пациенток