

лідних тварин. Це проявляється збільшенням вмісту аморфних складових (кальциту і витлокиту) та зниженням частки кристалічної фази (гідроксилapatиту). В статевонезрілих щурів зміни фазового складу кісткового мінералу з'являються раніше та на 90 день практично повністю нівелюються. В тварин репродуктивного віку в умовах експерименту дисбаланс фазового складу кісткового мінерала проявляється на 7 день спостереження та нарастає на 15 день, після чого поступово згладжується. На 90 день експерименту достовірні відхилення від контрольної групи зберігаються. Дисбаланс фазового складу біомінералу плечевої кістки в щурів старечого віку визначається з 15 доби спостереження та збільшується до 90 доби. Внутрішньощункове введення біофлавоноїду кверцетину в терапевтичному дозуванні згладжує визначені відхилення. Найбільш ефективно застосування кверцетину в статевонезрілих щурів, найменш - в тварин періоду визначених старечих змін.

Ключові слова: білі щури, кістки скелету, кістковий дефект, гідроксилapatит, кальцит, витлокит, кверцетин.

Summary

Luzin V.I., Prochan V.N. *Mineral phase content in white rats of various ages on background of perforation of tibia.*

In experiment, we studied a mineral phase content of humeri in white rats of various age on background of perforation of tibia with retained functional load and possibility of correction of deviations determined with Quercetin. We found out that experimental conditions have negative effect on humeri in experimental animals. It was shown as calcite and whithlockite content are increased and decrease value of a bone hydroxyapatite. In immature rats changes of a bone mineral phase composition showed earlier and by 90 day are completely levelled. In reproductive rats the disbalance of phase composition of a bone mineral manifested about 7 day of observation and accrues by 15 day then fractionally smoothes out. By 90 day of experiment deviations from control data are conserved. The disbalance of phase composition of a biomineral of a humeral bone in senile rats appear about 15 days of observation and increases up to 90 days. Intra gastric introduction of bioflavonoid Quercetin in a therapeutic dosage reduces the deviations determined. Application of Quercetin in immature rats is the most, least effective - in senile animals.

Key words: white rats, bones, hydroxyapatite, calcite, whithlockite, bone defect, quercetinum.

Рецензент: д.мед.н., проф. Ю.М.Вовк

УДК 577.175.6: 618.14 - 089.87

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИКО-ГОРМОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ НА ФОНЕ НЕГОРМОНАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ

Ж.С. Павлова, С.С. Лубяная

Луганский государственный медицинский университет

Вступление

Во всем мире гистерэктомия, избавляя женщину от одних страданий, приводит ее к другим - к существенному снижению качества жизни, психосоциальной дезадаптации в семейной, профессиональной и интеллектуальной сферах деятельности, к повышению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и остеопороза [1,2,3]. По данным некоторых авторов частота постгистерэктомического синдрома (ПГС), который развивается после гистерэктомии (ГЭ), колеблется от 32% до 80% [4,5]. Особый интерес представляют исследования, изучающие состояние здоровья и качество жизни женщин репродуктивного и перименопаузального периода, перенесших гистерэктомию с сохранением одного или обоих яичников.

Данные о причинах появления симптомов климактерия у женщин после ГЭ с сохранением придатков неоднозначны. По мнению одних авторов, постгистерэктомическое состояние обусловлено пересечением яичниковых ветвей маточных артерий во время операции, что уменьшает кровоснабжение яичников, приводя к снижению стероидогенеза и формированию гипострогении [2,6,7], что и делает проведение заместительной гормональной терапии (ЗГТ) в послеоперационном периоде у этих пациенток патогенетически обоснованным. Другие считают, что удаление матки оказывает повреждающее действие на гипоталамо-гипофизарную систему, приводя к снижению уровня компенсаторных процессов в организме женщины. Есть мнение, что матка как орган-мишень закономерно влияет на нейроэндокрин-

ную регуляцию функции яичников через центральный механизм (афферентная импульсация в ЦНС), или локальную регуляцию (собственная APUD-система эндометрия) [8].

Согласно мнения многих авторов, радикальные оперативные вмешательства (гистерэктомия) являются "калечащими", так как удаление матки не только не устраняет основной причины заболевания, но и способствует изменению сложных нейроэндокринных взаимоотношений в системе гипоталамус-гипофиз-яичники-кора надпочечников-щитовидная железа, нарушает функцию тазового дна, а также вызывает нарушение системы шейка-тело матки-яичники в связи с неизбежными изменениями кровоснабжения, иннервации, лимфатической системы этих органов. В связи с этим послеоперационные синдромы становятся полигландулярными и полисистемными [1,5,7]. Однако, результаты, представленные в работах, посвященные изучению гормональной функции яичников и их гемодинамики после ГЭ, противоречивы [9,10].

Таким образом, на сегодня нет единой точки зрения в вопросе анатомического состояния яичников и их гормонопродуцирующей функции после ГЭ, особенно в разные возрастные периоды, отсутствуют рекомендации по профилактике и лечению метаболических, вегетососудистых расстройств у женщин в случае сохранения яичников, что указывает на необходимость дальнейшего изучения этой проблемы. Учитывая ряд осложнений и рисков ЗГТ, особенно у женщин, имеющих в анамнезе пролиферирующие гинекологические заболевания, профилактика, лечение и способы коррекции климактерических расстройств после гистерэктомии, приобретают огромную медицинскую значимость [11,12].

Связь работы с научными программами, планами, темами: Данное исследование выполняется в рамках Национальных и общегосударственных программ, направленных на решение ряда актуальных вопросов в охране здоровья населения: "Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Украине"; "Предупреждения и лечения сердечно-сосудистых и сосудисто-мозговых заболеваний на 2006-2010 гг" и программы "Здоровье нации", а также является частью научно-исследовательской работы кафедры

акушерства и гинекологии ЛГМУ (№ государственной регистрации 0109U001715) "Профілактика невиношування вагітності".

Цель исследования: изучение динамики изменения гормонального профиля и улучшения качества жизни у женщин после гистерэктомии на фоне негормональной терапии с применением различных доз фитозэстрогенов.

Материал и методы исследования

Для решения поставленной задачи было проведено клинико-лабораторное обследование и изучено состояние здоровья 150 женщин в возрасте от 28 до 53 лет (средний возраст $44,3 \pm 0,39$) с постгистерэктомическим синдромом. После проведенной гистерэктомии (тотальную или субтотальную с/без аднексэктомии), методом рандомизации все пациентки были разделены на 3 группы, сопоставимые по возрасту, индексу массы тела и степени тяжести ПГС. 1-ю (основную) группу составил 49 женщин, которым с целью коррекции развившихся климактерических расстройств в послеоперационном периоде назначалась негормональная терапия - 70 мг Фито Сои и Менопейс по 1 таблетке 1 раз в день через 1 месяц после ГЭ, в течение 6 месяцев. 2-ю группу (сравнения) составила 51 женщина, принимавшая Фито Сою по 35 мг в сутки 6 месяцев. 3-ю группу (контрольную) составили 50 пациенток, которым после гистерэктомии, кроме базисной терапии в послеоперационном периоде, не проводилась коррекция климактерических расстройств.

Исходно, через 1 месяц после операции и через 3, 6 и 12 месяцев помимо подробного сбора жалоб, анамнеза и осмотра, пациенткам проводили определение в плазме крови концентрации половых и гонадотропных гормонов. Определение в сыворотке крови эстрадиола (E2) и гонадотропных гормонов (ФСГ, ЛГ) проводили методом ИФА с применением тест-систем фирмы "DRG" (США) и "Гонадотропин ИФА-ФСГ" и "Гонадотропин ИФА-ЛГ" (Россия, г.Санкт-Петербург). Оптическую плотность измеряли на фотометре "Stat Fax" (США) при длине волны 450нм. Статистический анализ проводился с использованием пакета компьютерных программ SPSS (9,0) параметрическими методами с представлением данных в виде средней величины и ее стандартного отклонения ($M \pm m$), а

также применения t-критерия Стьюдента. Различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Основная масса обследованных во всех группах находилась в возрасте от 41 до 48 лет, что соответствует наиболее активному образу жизни женщины в социальной, общественной и семейной сферах. При этом средний возраст в основной группе составил $44,8 \pm 0,8$ года, в группе сравнения - $42,8 \pm 0,7$, в контрольной группе - $45,3 \pm 0,6$ года. Таким образом, средний возраст во всех трех группах не имел достоверной разницы и соответствовал концу репродуктивного периода женщины.

Изучение структуры перенесенных гинекологических заболеваний в анамнезе у обследованных женщин показало, что наибольшую группу составили воспалительные заболевания половой системы, в анамнезе на них указывают 98% женщин в контрольной и основной группах и 92,1% женщин в группе сравнения, а также миома матки. Диагностическому выскабливанию подверглось одинаковое количество больных во всех трех группах: в 1-й группе подверглись 44 (88%) женщины, во 2-й группе - 44 (89,8%) женщины, в 3-й группе - 43 (84,3%) пациентки. Всего у женщин с постгистерэктомическим синдромом было 561 перенесенное гинекологическое заболевание, из них 3,9 приходилось на каждую женщину в контрольной группе и по 4,1 и 3,25 в основной и группе сравнения соответственно.

В структуре соматической патологии после перенесенной гистерэктомии у всех пациенток преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы, а именно артериальной гипертензии. Причем в контрольной группе частота сердечно-сосудистой патологии превышала аналогичный показатель в основной группе и в группе сравнения в 1,5 и в 2 раза соответственно ($p < 0,05$).

Наиболее частыми показаниями для ГЭ среди обследованных являлись: симптомная миома матки (46%), миома в сочетании с опухолями яичников (30%). Более 50% женщин в 1-й и 2-й группах были прооперированны в связи с геморрагическим, болевым синдромом, субмукозной локализацией узла, в контрольной группе аналогичные показания выставлялись лишь у 32% женщин ($p < 0,05$). У 2 (4,1%) в основной и в 1 случае (1,96%) в

группе сравнения установлена миома в сочетании с эндометриоидными кистами яичников по сравнению контролем (6%), $p > 0,05$. В 4 случаях миома матки в сочетании с гнойными тубовариальными образованиями обнаружена и в основной, и в группе сравнения, нарушение питания миоматозного узла явилось показанием к оперативному лечению в 8% в контрольной группе, в 4,1% в основной и 5,9% в группе сравнения ($p > 0,05$).

Из представленного объема оперативного лечения больных видно, что сопутствующая генитальная патология, приводящая к расширению хирургического вмешательства даже у молодых женщин, отмечалась в 1,5 раза чаще в контрольной группе по сравнению с основной, и в 1,4 раза чаще по сравнению с группой сравнения ($p < 0,05$). При морфологическом исследовании операционного материала у всех больных был подтвержден клинический диагноз миомы матки. У 12 больных (10%) были выявлены вторичные изменения в опухолевой ткани: отек, повышенная васкуляризация, клеточная дистрофия, некроз. Следует отметить, что у 4 женщин при гистологическом исследовании установлен внутренний эндометриоз (2,7%). Патология эндометрия (гиперплазия, полипы эндометрия) выявлены значительно чаще - у 96 (64%) женщин. При морфологическом исследовании удаленных яичников выявлены фолликулярные (14(9,3%)), эндометриоидные (6 (4%)), дермоидные кисты (7 (4,7%)), серозные и папиллярные доброкачественные цистаденомы (13(8,7%)), кистозная дегенерация яичников (11(7,3%)), воспалительные опухоли (5 (3,3%)).

Симптомы нейровегетативных и психоэмоциональных расстройств выявлены у женщин всех изучаемых групп, несмотря на сохранение придатков. Период с момента операции до появления первых климактерических жалоб был одинаковым у всех женщин обследованных групп, в среднем через 3,7 дней. В процессе лечения наблюдалась положительная динамика со стороны клинических проявлений, как нейровегетативных, так и психоэмоциональных уже с 3-го месяца терапии в 1-й группе ($p < 0,05$). Уменьшение вегетососудистых проявлений и психоэмоциональных расстройств в виде повышенной эмоциональной лабильности, нарушения сна, расстройства аппетита, снижения

либидо отчетливо отмечали женщины при использовании 70мг фитостероидов в сутки и более медленный эффект наблюдался у женщин с постгистерэктомическим синдромом без использования фитостероидов. В лечении нейровегетативных расстройств во 2-й группе также отмечена положительная динамика, однако темпы их снижения были ниже в сравнении с таковыми при применении ФитоСои 70 мг и Менопейса.

В гормональном спектре обследованных женщин обращают на себя внимание достоверно более высокие уровни гонадотропинов и низкий уровень E2 у перенесших ГЭ с придатками по сравнению с сохранением придатков. Хотя средний возраст основной группы относится к позднему репродуктивному периоду, у 36 (73,5%) женщин имелись гормональные изменения, характерные для перименопаузы. В контрольной и группе сравнения такие гормональные сдвиги были выявлены у 39 (78%) и у 3 (62,8%) пациенток.

Результаты исследования эстрадиола в сыворотке крови представлены в табл.1.

Таблица 1

Уровень эстрадиола (пг/мл) в сыворотке после гистерэктомии у обследованных женщин на фоне негормональной терапии (M±m)

Период наблюдения	Группа		
	1-я (n=49)	2-я (n=51)	3-я (n=50)
Исходно	23,21±1,24	24,53±1,37	26,32±2,84
3 мес	26,95±1,27*#	26,76±1,15#	31,77±1,25
6 мес	28,45±1,28*#	27,71±1,2#	21,11±1,26*
12 мес	33,89±1,32*#	32,87±1,3*#	15,25±1,37*

Примечания: *p<0,05 по сравнению с данными до лечения; #p<0,05 по сравнению с контрольной группой.

Как видно, уровень E2 у женщин без лечения достоверно снижается с 26,32±2,84 пг/мл до 15,25±1,37 (p<0,05). Достоверное повышение эстрадиола, начиная с 3-го месяца после ГЭ, происходит на фоне негормональной терапии, с постепенным повышением к 12 месяцу. Во 2-й группе, где женщины принимали фитостероиды в меньшей дозе, установлено более медленное повышение эстрадиола - к 12 месяцу после гистерэктомии. Через 3 месяца по сравнению с

6-м и 12-м месяцами после терапии гормональные изменения были достоверно менее выражены.

При исследовании гонадотропной функции у всех женщин выявлено повышение уровня ФСГ и ЛГ (табл.2). В среднем содержание ФСГ в 1-й группе 98,9±2,7 мМЕ/мл, во 2-й - 92,7±3,7, в контрольной - 90,8±2,9 мМЕ/мл, что было значительно меньше, чем в основной группе (p<0,05).

Таблица 2

Уровни гонадотропных гормонов в сыворотке крови среди обследованных в динамике лечения (M±m)

Период	Группа					
	1-я (n=49)		2-я (n=51)		3-я (n=50)	
	ФСГ	ЛГ	ФСГ	ЛГ	ФСГ	ЛГ
Исходно	98,9±2,7#	53,3±2,5	92,7±3,7	53,4±2,1	90,8±2,9	48,6±2,4
3 мес	95,3±3,6	56,6±2,7	97,7±3,5	57,4±2,7	95,9±2,5	60,5±2,2*
6 мес	90,6±3,2*#	52,6±2,3#	95,8±3,0#	53,4±2,4#	138,8±2,6*	82,8±2,1*
12 мес	72,4±2,8*#	44,8±1,6*#	78,9±2,7*#	49,1±1,6#	152,1±2,8*	94,5±1,6*

Примечания: *p<0,05 по сравнению с данными до лечения; #p<0,05 по сравнению с 3 (контрольной) группой

Концентрация ЛГ в сыворотке крови до терапии была одинаковой в 1, 2 и 3-й группах: 53,3±2,5 мМЕ/мл, 53,4±2,1 мМЕ/мл и 48,6±2,4 мМЕ/мл соответственно. На фоне терапии 70мг Фито Сои + Менопейс получено достоверное снижение гонадотропных гормонов через 6 месяцев: ФСГ с 98,9±2,7 мМЕ/мл до 90,6±3,2 мМЕ/мл и через 12 месяцев до 72,4±2,8 мМЕ/мл. Уровень ЛГ достоверно снизился только через 12 месяцев с 53,3±2,5 до 44,8±1,6 мМЕ/мл. По сравнению со 2-й группой все показатели не имели достоверной разницы (p>0,05). Интересно заметить, что содержание гонадотропных гормонов было достоверно ниже через 6 и 12 месяцев по сравнению с аналогичными показателями в 3-й группе, где женщины не получали лечения. Можно думать, что на фоне приема 70 мг фитостероидов в сочетании с Менопейсом скорее наступает стабилизация клинико-гормональных расстройств. Как видно из таблицы, уровни гонадотропных гормонов без лечения повышаются. Уровни ФСГ и ЛГ снижаются после 6 месяцев на фоне приема 70 мг фитостероидов, на фоне приема 35 мг снижается только ФСГ к 12 месяцу послеоперационного периода, ЛГ не имеет тенден-

ции к снижению. Однако у женщин, не принимавших корректирующую терапию по разработанной нами схеме, концентрации ФСГ и ЛГ значительно превышали аналогичные показатели в 1-й и 2-й группах и соответствовали уровню в постменопаузе. Выявленные нами изменения были достоверно более выражены у женщин без придатков. Наши результаты о снижении содержания эстрадиола и повышении гипофизарных гормонов после гистерэктомии, обуславливающие возникновение постгистерэктомического синдрома подтверждают в своих исследованиях В.П. Сметник (2006) и K. Ischii и соавт. (2001)[6,13].

Таким образом, состояние эстрогенного дефицита у женщин, обусловленного гистерэктомией с придатками и без придатков, приводит к ухудшению здоровья и качества жизни. Для коррекции развивающихся осложнений в послеоперационном периоде у женщин возможно использовать негормональную эстроген-терапию, которая показала высокую эффективность и безопасность при длительном применении. Динамика клинико-метаболических изменений у женщин с ПГС и роль фитозэстрогенов в их коррекции станет предметом наших дальнейших исследований.

Выводы

1. Частота сердечно-сосудистой патологии у женщин с постгистерэктомическим синдромом снизилась в 1,5 раза на фоне приема 70мг Фито Сои и в 2 раза на фоне приема 35 мг Фито Сои.

2. Уровень E2 у женщин без лечения снижается с $26,32 \pm 2,84$ до $15,25 \pm 1,37$ нг/мл, достигая уровня постменопаузы.

3. Содержание эстрадиола повышается через 3 месяца при использовании 70мг ФитоСои, а при применении 35 мг - лишь к 12 месяцу.

4. Уровни ФСГ и ЛГ снижаются через 6 месяцев на фоне приема 70 мг фитозэстрогенов, на фоне приема 35 мг снижается только ФСГ к 12 месяцу, ЛГ не имеет тенденции к снижению.

Литература

1. Рубченко Т.И. Функция яичников после гистерэктомии / Т.И.Рубченко, С.Ю.Лукашенко // Проблемы репродукции. - 2002. - №1. - С.6-11.

2. Доброхотова Ю.Э. Влияние ливала на состояние кровотока в яичниках после гистерэктомии / Ю.Э.Доброхотова // Гинекология. - 2003. - №1. - С.16-19.

3. Black-White differences in hysterectomy prevalence: the CARDIA study / J.K.Bower, P.J.Schreiner, B.Sternfeld [et al.] // Am.J. Public Health. - 2009. - Vol.99, №2. - P.300-307.

4. Заместительная гормональная терапия фемостонем у больных с постгистерэктомическим синдромом / И.А.Краснова, Л.В.Суцевич, И.В.Климова [и др.] // Вестник Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. - 2001. - №1. - С.1-4.

5. Кулаков В.И. Гистерэктомия и здоровье женщины / Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская С.Н. - М.: Медицина, 1999. - 312с.

6. Ovarian function after radical hysterectomy with ovarian preservation for cervical cancer / K. Ischii, Y. Aoki, K. Takakiwa [et al.] // J. Reprod. Med. - 2001. - Vol.46. - P.347-352.

7. Effect of hysterectomy on conserved ovarian junction / E.H.Ahn, S.W.Bai, C.H. Song [et al.] // Yonsei Med J. - 2002. - Vol.43. - P.53-58.

8. Синдром гистерэктомии с односторонней аднексэктомией на фоне метаболической и антигипертензивной терапии / Н.М.Подзолкова, В.И. Подзолков, Т.И.Никитина [и др.] // Рос. вестник акушера-гинеколога. - 2005. - №1. - С.26-31.

9. Квашенко В.П. Особенности экстроструктуры яичников на фоне лечебно-профилактических мероприятий у женщин, которые перенесли гистерэктомию в репродуктивном возрасте / В.П.Квашенко, Г.Н.Липчанская // Здоровье женщины. - 2006. - Т.26, №2. - С.129-131.

10. Татарчук Т.Ф. Современные принципы диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия / Т.Ф.Татарчук, Е.В. Бурлака // Здоровье женщины. - 2003. - №4. - С.107-113.

11. Аккер Л.В. Клинические и метаболические последствия хирургической и естественной менопаузы и их гормональная коррекция / Л.В.Аккер, А.П.Павлова, А.И. Гальченко // Рос. вестник акушера-гинеколога. - 2007. - №1. - С.46-51.

12. Репина М.А. Возможности климонорма при лечении нарушений, обусловленных выключением функции яичников // Гинекология. - 2001. - Т.3, №4. - С.9-11.

13. Сметник В.П. Медицина климактерия / Сметник В.П. - Ярославль: ООО "Издательство Литера", 2006. - 848с.

Резюме

Павлова Ж.С., Лубяная С.С. Сравнительная клинко-гормональная характеристика состояния здоровья женщин после гистерэктомии на фоне негормональной коррекции.

В работе представлены результаты исследования влияния 70 мг и 35 мг фитоэстрогенов на динамику клинических жалоб и изменения гормонального профиля женщин с постгистерэктомическим синдромом. Показано, что применение 70 мг фитоэстрогенов после гистерэктомии оказало более быстрое благоприятное действие на клиническое состояние больных, достоверно снизило концентрацию гонадотропных гормонов через 12 месяцев после операции и повысило содержание эстрадиола через 3 месяца от начала негормональной терапии.

Ключевые слова: гистерэктомия, постгистерэктомический синдром, фитоэстрогены, эстрадиол, негормональная коррекция.

Резюме

Павлова Ж.С., Луб'яна С.С. Порівняльна клініко-гормональна характеристика стану здоров'я жінок після гістеректомії на фоні негормональної корекції.

В роботі представлені результати дослідження впливу 70 мг і 35 мг фітоестрогенів на динаміку клінічних скарг і зміни гормонального профілю жінок з постгістеректомічним синдромом. Показано, що застосування 70 мг фітоестрогенів після гістеректомії надало більш швидку сприятливу дію на клінічний стан хворих, достовірно знизило концентрацію гонадотропних гормонів через 12 місяців після операції і підвищило зміст естрадіолу через 3 місяця від початку негормональної терапії.

Ключові слова: гістеректомія, постгістеректомічний синдром, фітоестрогени, естрадіол, негормональна корекція.

Summary

Pavlova Zh.S., Lubyayaya S.S. The comparative clinicohormonal characteristic of women health after the hysterectomy with non-hormonal correction history.

The work investigates the influence of the phytoestrogens in the quantity of 70 mg and 35 mg on the dynamics of clinical complaints and hormonal profile's changes of the women with posthysterectomy syndrome. The results of the research proved that the application of 70 mg phytoestrogens after hysterectomy gave a quicker favourable effect on the clinical patients' condition, reduced the gonadotropic hormones concentration after 12 postoperative months and raised the estradiol content after 3 months from the beginning of the non-hormonal therapy.

Key words: hysterectomy, posthysterectomy syndrome, phytoestrogens, estradiol, non-hormonal correction.

Рецензент: д.мед.н., проф. В.В.Сіроко

УДК 618.19-085.23-16.002

ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ АНЕСТЕЗИИ У ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

**В.И.Черний, А.Н.Колесников, Себаи Слим,
Т.А.Мустафин, Г.И.Лебедева, К.А.Кардаш,
А.Г.Колесникова**

*Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького*

Вступление

В современной нейроанестезиологии уделяют большое внимание блокаде укороченных рефлексов и патологической импульсации, возникающей под влиянием хирургической травмы, в афферентном и центральном звене нервной системы [1,2], однако влияние подавления стрессовых реакций на течение интраоперационного периода у пациентов с супратенториальной локализацией новообразований изучено еще недостаточно. Операционный стресс (психоэмоциональное напряжение, хирургическая травма, кровопотеря, побочное действие анестетиков) приводит к возникновению целого комплекса ответных реакций организма. Эти реакции приводят к срыву адаптации, что выражается в нарушении центральной и периферической гемодинамики, микроциркуляции, метаболизма, иммунитета и т.д. [3].

Целью работы явилось изучение адекватности анестезии у пациентов с супратенториальной локализацией новообразований в условиях тотальной внутривенной анестезии и в условиях многокомпонентной комбинированной общей анестезии на основе севофлурана.

Материалы и методы исследования

Исследования проводились на базе II-го нейрохирургического отделения и отделения нейрореанимации Донецкого областного клинического территориального медицинского объединения (ДОКТМО).