

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 місяці 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).

У всех больных отсутствовали сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации (хроническая сердечная недостаточность, бронхиальная астма, сахарный диабет и т.д.)

Пациенты были разделены на две группы в зависимости от применяемого основного анестетика.

Группы практически не отличались по полу, возрасту, физическому статусу по классификации ASA, характеру и объему оперативного вмешательства.

Первую группу - основную - составили 55 пациентов, у которых применяли многокомпонентную комбинированную общую анестезию на основе севофлурана (севорана) с использованием внутривенного введения фентанила в качестве анальгетика.

Вторую группу - контрольную - составили 90 пациентов, для которых была выбрана тотальная внутривенная анестезия, с использованием внутривенным введения фентанила в качестве анальгетика.

#### *Схемы проведения анестезии:*

Премедикация в исследуемых группах не отличалась и осуществлялась введением: в/в 0,1% атропин (0,01 мг/кг), 1% димедрол (1-2 мл), 0,5% сибазон (0,015 мг/кг), 0,005% фентанил (1-1,5 мкг/кг). У пациентов первой группы индукция в анестезию осуществлялась внутривенным введением 10% раствора пропофола (2-2,5 мг/кг), поддержание анестезии осуществлялось путем ингаляций севофлурана (Севоран) в режиме minimum flow anesthesia, анальгетический компонент создавался путем болюсного введения 0,005% фентанила (2-3 мкг/кг) после нагрузочной дозы - 5 мкг/кг.

У пациентов второй группы индукция в анестезию осуществлялась внутривенным введением 20% раствора оксибутирата натрия (80-100 мг/кг) в сочетании с 1% раствором тиопентала натрия (5-7 мг/кг), поддержание анестезии осуществлялось путем фракционного введения оксибутирата натрия (40-50 мг/кг/час), анальгетический компонент создавался путем болюсного введения 0,005% фентанила (2-5 мкг/кг) после нагрузочной дозы - 5 мкг/кг.

Всем пациентам проводилась преоксигенация в течение 5-7 минут при  $FiO_2$  100%, интубация трахеи обеспечивалась

применением ардуана (0,07-0,08 мг/кг), проводили искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) в режиме умеренной гипервентиляции (8-10 мл/кг).

Интраоперационный мониторинг включал в себя Неинвазивное измерение АД, определение ЧСС и  $SpO_2$ , а также запись ЭКГ во втором отведении с анализом вариабельности сердечного ритма осуществлялись при помощи реанимационно-хирургического монитора UTAS, имеющего встроенную программу математической обработки кардиоинтервалограммы.

Рассчитывался ударный индекс (УИ), сердечный индекс (СИ), общее периферическое сопротивление (ОПСС) на всех этапах наблюдения по общим принятым формулам.

Рассчитывали ЦПД по формуле:

$$\text{ЦПД} = \text{САД} - \text{ВЧД}, \quad [4,5]$$

где САД - среднее артериальное давление;

ВЧД - внутричерепное давление;

Измерение ВЧД производилось путем вентрикулярной пункцией. Для измерения ВЧД применялась стеклянная градуированная трубка диаметром 2 мм и длиной 50-60 см.

Анализ ВСР проводился путем обработки R-R интервалов, записанных на следующих этапах: 1) за сутки до операции (исходный уровень); 2) после интубации трахеи; 3) после разреза кожи; 4) после вскрытия ТМО; 5) на основном этапе операции (удаление опухоли); 6) после завершения операции; 7) после перевода больного в отделение нейрореанимации, больные находились на ИВЛ аппаратом через интубационную трубку. На всех этапах измерения проводились в течение стандартного промежутка времени - 5 минут.

Анализировались следующие показатели ВСР 6:

Частотные:

В процентах к тотальной мощности спектра определяли:

VLF( $mc^2$ ) - very low frequency - очень низкие частоты (ОНЧ).

LF( $mc^2$ ) - low frequency - низкие частоты (НЧ).

HF( $mc^2$ ) - high frequency - высокие частоты (ВЧ).

LF/HF (НЧ/ВЧ) - симпато-вагусный баланс.

С целью объективной оценки адекватности анестезии определяли: уровень стресс-гормонов в крови (кортизол) имму-

ноферментным методом (набор реактивов фирмы "Алкор Био" (Россия, Санкт-Петербург)); уровень серотонина и гистамина (прибор для определения - Spectrofluorometer, JASCO, FP-770 (Япония)); концентрацию глюкозы в крови определяли прибором ONE TOUCH.

Забор крови для определения уровня кортизола, гистамина, серотонина осуществлялся в 3 этапа: 1-до операции на операционном столе, 2-после вскрытия твердой мозговой оболочки (ТМО), 3- сразу после окончания операции. Уровень глюкозы крови определяли в 4 этапа: 1-до операции на операционном столе, 2-после интубации, 3-после вскрытия твердой мозговой оболочки (ТМО), 4- сразу после окончания операции.

### Полученные результаты и их обсуждение

При анализе полученных данных параметров гемодинамики было выявлено что, у пациентов первой группы параметры гемодинамики отличались стабильностью на всех этапах исследования и статистически не отличались от исходных показателей.

У пациентов второй группы было выявлено статистически значимо повышение САД (Рис. 1) ( $M \pm m$ :  $123 \pm 24$  vs  $105 \pm 19$  ( $p=0,05$ )), снижение УИ (Рис. 2) ( $M \pm m$ :  $13 \pm 1$  vs  $21 \pm 2$  ( $p<0,01$ )) и СИ (Рис. 3) ( $M \pm m$ :  $1 \pm 0,1$ , vs  $1,6 \pm 0,1$  ( $p<0,01$ )) на этапе разреза кожи по сравнению с исходным этапом.

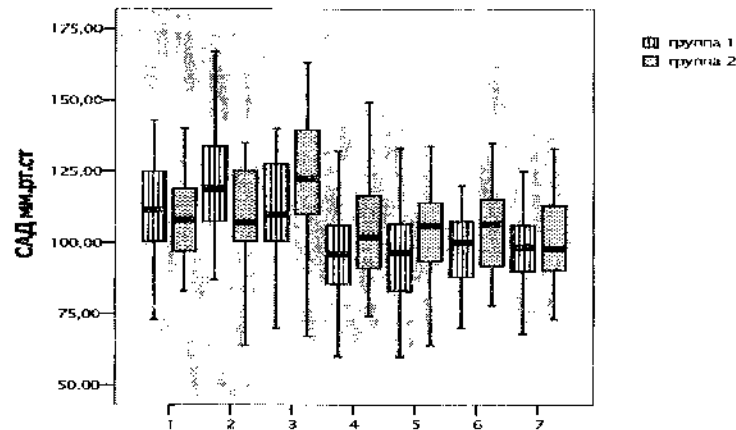


Рис.1. Изменения САД на этапах исследования при различных видах анестезии.

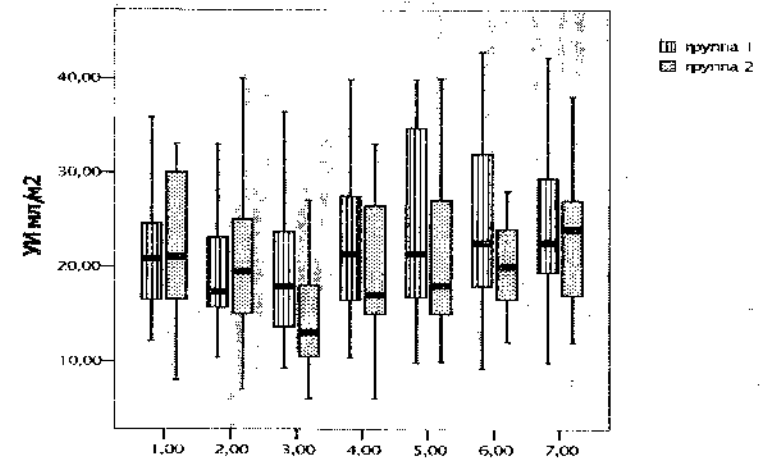


Рис. 2. Изменения УИ на этапах исследования при различных видах анестезии.

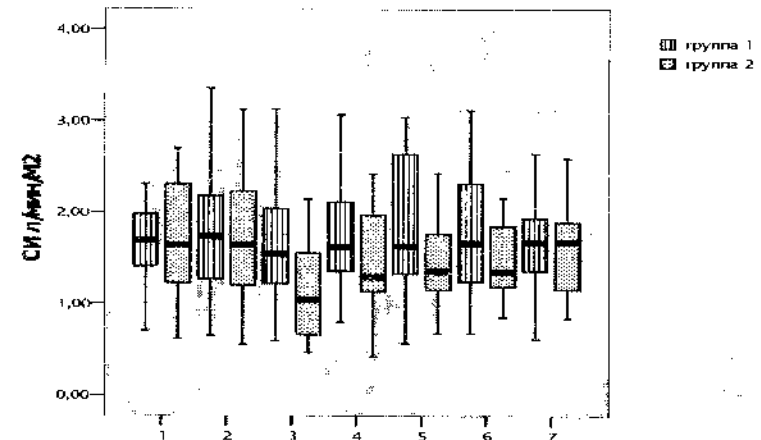


Рис. 3. Изменения СИ на этапах исследования при различных видах анестезии.

При сравнении результатов проведенных исследования параметров центральной гемодинамики между группами было выявлено, что САД статистически значимо было ниже на разрезе кожи, на этапе вскрытия твердой мозговой оболочки и на основном этапе (удаление новообразования) у пациентов

первой группы по сравнению с пациентами второй группы ( $M \pm m$ :  $112 \pm 17$  vs  $123 \pm 24$  ( $p=0,03$ );  $95 \pm 16$  vs  $104 \pm 19$  ( $p=0,03$ );  $97 \pm 2$  vs  $106 \pm 4$  ( $p=0,03$ )). УИ статистически значимо был выше на этапах разреза кожи ( $M \pm m$ :  $18 \pm 2$  vs  $13 \pm 2$  ( $p=0,006$ )) и в конце операции ( $M \pm m$ :  $25 \pm 9$  vs  $21 \pm 6$  ( $p=0,044$ )) у пациентов первой группы по сравнению с пациентами второй группы. СИ на этапах разреза кожи ( $M \pm m$ :  $1,6 \pm 0,1$  vs  $1,1 \pm 0,1$  ( $p=0,001$ )), вскрытия твердой мозговой оболочки ( $M \pm m$ :  $1,8 \pm 0,6$  vs  $1,49 \pm 0,5$  ( $p=0,04$ )), удаления новообразования ( $M \pm m$ :  $1,63 \pm 0,1$  vs  $1,36 \pm 0,1$  ( $p=0,021$ )) и в конце операции ( $M \pm m$ :  $1,76 \pm 0,6$  vs  $1,45 \pm 0,3$  ( $p=0,036$ )).

Динамика показателей variability сердечного ритма подтверждает данные центральной гемодинамики и указывает на присутствии стрессовых реакций, связанных с операционной травмой у пациентов второй группы, поскольку наблюдали преобладание в спектре мощности на этапе разреза кожи параметры отражающие активности симпатической нервной системы в частности процент ОНЧ и процент НЧ. При сравнении полученных результатов изменений параметров variability ритма было выявлено, что процент НЧ отражающий активность симпатической нервной системы у пациентов первой группы был ниже на этапах разреза кожи ( $M \pm m$ :  $25 \pm 12$  vs  $34 \pm 16$  ( $p=0,019$ )), вскрытия твердой мозговой оболочки ( $M \pm m$ :  $18 \pm 2$  vs  $28 \pm 3$  ( $p=0,011$ )) и удаления новообразования ( $M \pm m$ :  $23 \pm 10$  vs  $30 \pm 15$  ( $p=0,044$ )) (Рис. 4).

Соотношение НЧ/ВЧ статистически значимо было ниже у пациентов первой группы на этапах разреза кожи ( $M \pm m$ :  $0,7 \pm 0,2$  vs  $1,8 \pm 0,7$  ( $p=0,03$ )), вскрытия твердой мозговой оболочки ( $M \pm m$ :  $0,3 \pm 0,1$  vs  $0,7 \pm 0,2$  ( $p=0,009$ )), удаления новообразования ( $M \pm m$ :  $0,3 \pm 0,1$  vs  $0,6 \pm 0,2$  ( $p=0,028$ )) и в конце операции ( $M \pm m$ :  $0,5 \pm 0,2$  vs  $1 \pm 0,3$  ( $p=0,035$ )) по сравнению с показателями пациентов второй группы.

Анализ стрессового гормона (кортизола) показал, что его среднее содержание в предоперационном периоде у пациентов обеих групп находилось в пределах нормы и достоверно не отличалось (табл. 1).

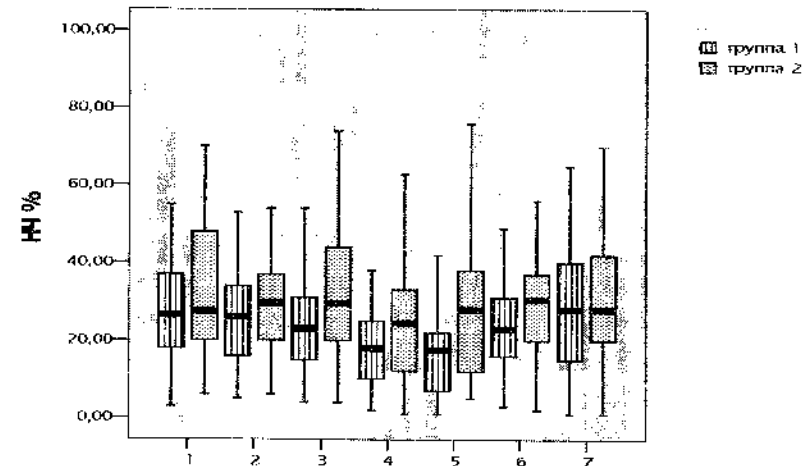


Рис. 4. Изменения НЧ/ВЧ на этапах исследования при различных видах анестезии.

У пациентов второй группы на этапе вскрытия твердой мозговой оболочки отмечено статистически значимое повышение кортизола по сравнению с исходным уровнем и по сравнению с показателем пациентов первой группы на соответствующем этапе. У пациентов первой группы было отмечено тенденция к снижению кортизола по сравнению с исходным уровнем (табл. 1).

В доступной нам литературе мы не нашли работ в анестезиологии и в нейроанестезиологии в частности, где применялся серотонин для оценки адекватности анестезии, но при изучении физиологии ноцицептивной и антиноцицептивной систем, было выявлено что серотонин является основным нейромедиатором нисходящих тормозных пучков болевого проведения.

Исходный уровень серотонина находился в пределах физиологической нормы в обеих группах, к концу операции у пациентов первой группы наблюдали достоверное повышение серотонина по сравнению с исходным уровнем, что свидетельствует об активации эндогенной антиноцицептивной системы (табл. 1).

Таблица 1

**Результаты множественных сравнений уровней кортизола, серотонина, гистамина между этапами оперативного вмешательства у пациентов обеих групп**

Параметры	Исходный уровень		Вскрытие ТМО		Конец операции	
	первая группа	вторая группа	первая группа	вторая группа	первая группа	вторая группа
Кортизол Нмоль/л	425±174	500±43	252±208	940±104	180±204	490±162
M±m	90-1100	440-615	160-350	675-1010	120-900	460-1320
ДИ 95%			p<0,05	p2<0,05		p1<0,05
Серотонин Нмоль/л	319±14	299±31	333±14	308±65	384±19	336±28
M±m	195-353	211-387	299-367	226-389	339-429	256-415
ДИ 95%					p2<0,05	
Гистамин Нмоль/л	875±54	946±74	864±105	940±72	946±176	940±71
M±m	750-1000	718-984	783-945	726-996	811-1082	635-915
ДИ 95%						

**Примечание:** p - по сравнению с второй группой; p1 - по сравнению с предыдущим этапом; p2 - по сравнению с исходным этапом.

Исходный уровень глюкозы крови у пациентов обеих групп находился в пределах физиологической нормы. У пациентов второй группы в конце операции было отмечено статистически значимо повышение гликемии по сравнению с исходным уровнем. У пациентов первой группы уровень глюкозы крови на всех исследуемых этапах статистически не отличался от исходного уровня (табл. 2).

При сравнении результатов изменений гликемии между группами было отмечено, что уровень глюкозы крови на этапе вскрытия твердой мозговой оболочки у пациентов второй группы был выше, чем у пациентов первой группы (див. табл. 2).

При изучении внутричерепного давления на этапе вскрытия твердой мозговой оболочки не было выявлено отличий между многокомпонентной анестезией на основе оксибутирата натрия и многокомпонентной комбинированной анестезией на основе севофлурана (M±m: 10±2 vs 12±2).

Расход фентанила у пациентов первой группы (2,3±0,3 мкг/кг/ч) статистически достоверно был ниже чем у пациентов второй группы (4,5±0,5 мкг/кг/ч).

Таблица 2

**Результаты множественных сравнений уровней гликемии между этапами оперативного вмешательства у пациентов обеих групп**

Параметры	Исходный уровень		Вскрытие ТМО		Конец операции	
	первая группа	вторая группа	первая группа	вторая группа	первая группа	вторая группа
Глюкоза крови Ммоль/л	4±0,2	4,4±0,2	4,6±0,3	5,6±0,3	4,9±0,5	6,0±0,4
M±m						
			p<0,05		p<0,05	p2<0,05

**Примечание:** p - по сравнению с второй группой; p1 - по сравнению с предыдущим этапом; p2 - по сравнению с исходным этапом.

Таким образом, получены результаты свидетельствовали о том что, многокомпонентная тотальная внутривенная анестезия не обеспечивала надежную защиту пациентов с супратенториальной локализацией новообразования от операционной травмы, поскольку на самом травматичном этапе наблюдали повышение САД и снижение производительности сердца (снижение СИ и УИ). Нарушение показателей центральной гемодинамики подтверждались повышением кортизола на этапе вскрытия ТМО и повышением уровня глюкозы крови к концу операции. Тенденция параметров ВСР не отличалась от тенденции параметров центральной гемодинамики и от изменения стресс - системы, поскольку отмечали преобладание симпатической нервной системы на надсегментарном уровне на этапе разреза кожи.

При многокомпонентной комбинированной анестезии на основе севофлурана наблюдали стабильность показателей центральной гемодинамики на всех этапах исследования. Показатели симпатической нервной системы (процент ОНЧ и ПЧ) имели тенденцию к снижению на самых травматичных этапах операции. Со стороны стресс - системы мы не отмечали значи-

мых изменения кортизола на этапах вскрытия ТМО и в конце операции. Повышение серотонина в конце операции подтверждает гипотезу о полной защиты пациентов от операционной агрессии при таком виде анестезии.

#### Выводы

1. При многокомпонентной комбинированной анестезии на основе севофлурана показатели гемодинамики оставались стабильными на всем протяжении интраоперационного периода. Данная анестезия позволила избежать эпизодов гипертензии, тахикардии и снижения производительности сердца на самых травматичных этапах.

2. Уровень стрессовых гормонов у пациентов первой группы не превышал норму на самом травматичном этапе, что обеспечивала организма адекватно реагировать на интраоперационный стресс, не вызывая в свою очередь развития избыточных реакций со стороны симпатoadреналовой системы.

3. Многокомпонентная комбинированная анестезия на основе севофлурана позволяет предупредить неблагоприятные проявления общей реакции организма, обеспечивает дополнительную анестезиологическую защиту пациента от хирургической агрессии на фоне гемодинамической, вегетативной и нейроэндокринной стабильности, что благоприятно влияет на течение анестезии и послеоперационного периода.

4. Многокомпонентная комбинированная анестезия на основе севофлурана не вызывает повышение внутричерепного давления и обеспечивает адекватный уровень церебрального перфузионного давления у пациентов оперированных по поводу супратенториальных новообразований головного мозга.

#### Литература

1. Молчанов И.В. Концепция анальгезии и седации пациентов отделения интенсивной терапии / И.В.Молчанов, Г.В.Алексеева, М.В.Алексеев // *Клиническая анестезиология и реаниматология*. - 2004. - Т. 1, № 1. - С. 3-10.

2. Кондратьев А.Н. Теоретические аспекты нейроанестезиологии / А.Н.Кондратьев // *Вестник интенсивной терапии*. - 1998. - №1. - С. 8-11.

3. Назаров И.П. Анестезиология и реаниматология. Т. 1: Избранные лекции / И.П.Назаров. - Красноярск, 2005. - 465 с.

4. Антонов А.А. Гемодинамика для клинициста / А.А.Антонов. - [www.sytona.ru](http://www.sytona.ru), 2004. - 99 с.

5. Зильбер А. П. Клиническая физиология в анестезиологии и реаниматологии / А. П. Зильбер. - М. : Медицина, 1984. - 437с.

6. Кирячков Ю.А. Компьютерный анализ вариабельности сердечного ритма. Новые возможности для анестезиолога и врачей других специальностей / Ю.А.Кирячков, И.А.Салтанов, Я.М.Хмелевский // *Вестник интенсивной терапии*. - 2002. - №1. - С.3-8.

7. Лебедев В.В. Неотложная нейрохирургия : руководство для врачей / В.В.Лебедев, В.В.Крылов. - М. : Медицина, 2000. - 568 с.

8. Никифоров А.С. Клиническая неврология : в 3 т. / А.С. Никифоров, А.Н. Коновалов, Е.И. Гусев ; под ред. А.Н. Коновалова. - М. : Медицина, 2004 - .-. Т.3 (Ч. 1) : основы нейрохирургии - 2004. - 600 с.

#### Резюме

Черний В.И., Колесников А.Н., Себаи Слим, Мустафин Т.А., Лебедева Г.И., Кардаш К.А., Колесникова А.Г. Оценка адекватности анестезии у пациентов, оперированных по поводу супратенториальных новообразований головного мозга.

Многокомпонентная комбинированная анестезия на основе севофлурана у пациентов оперированных по поводу супратенториальных новообразований головного мозга позволяет предупредить неблагоприятные проявления общей реакции организма, обеспечивает дополнительную анестезиологическую защиту пациента от хирургической агрессии на фоне гемодинамической, вегетативной и нейроэндокринной стабильности, что благоприятно влияет на течение анестезии и послеоперационного периода.

**Ключевые слова:** новообразования головного мозга, оперативное лечение, анестезия, севофлуран.

## Резюме

Чорний В.И., Колесніков А.Н., Себаї Слім, Мустафін Т.А., Лебедева Г.И., Кардаш К.А., Колеснікова А.Г. *Оцінка адекватності анестезії у пацієнтів, оперованих з приводу супратенторіальних новоутворень головного мозку.*

Багатокомпонентна комбінована анестезія на основі севофлурану у пацієнтів оперованих з приводу супратенторіальних новоутворень головного мозку дозволяє попередити несприятливі прояви загальної реакції організму, забезпечує додатковий анестезіологічний захист пацієнта від хірургічної агресії на фоні гемодинамічної, вегетативної та нейроендокринної стабільності, що сприятливо впливає на перебіг анестезії і післяопераційного періоду.

**Ключові слова:** новоутворення головного мозку, оперативне лікування, анестезія, севофлуран.

## Summary

Cherniy V.I., Kolesnikov A.N., Sebai Slim, Mustafin T.A., Lebedeva G.I., Kardash K.A., Kolesnikova A.G. *Estimation of adequacy of anaesthesia at the patients of operated concerning supratentorial neoplasm of cerebrum.*

The multicomponent combined anaesthesia on the basis of sevofluran at the patients of operated concerning supratentorial neoplasm of cerebrum allows to warn the unfavorable displays of general reaction of organism, provides additional anesthetic defence of patient from surgical aggression on a background hemodynamic, vegetative and neuroendocrinal stability, that favourably affects the flow of anaesthesia and postoperative period.

**Keywords:** neoplasm of cerebrum, operative treatment, anaesthesia, sevofluran.

*Рецензент: д.мед.н., проф. С.А.Усагов*

УДК 616.441-008.64:616-06

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В.А.Шупер, С.В.Шупер, Ю.И.Вагина, Д.А.Некрасов,  
А.Н.Шевцова, И.А.Лавринчук

Луганский государственный медицинский университет  
Луганская городская многопрофильная больница №5

## Вступление

В настоящее время в Украине, как и во всем мире, синдром гипотиреоза является одним из распространенных состояний в практике врача-эндокринолога, семейного врача, терапевта [1, 4, 7, 9]. По данным различных авторов, частота манифестного гипотиреоза в популяции достигает от 0,2 до 2%. В то же время субклинический гипотиреоз диагностируется в 5-10 раз чаще. Он выявляется у 7-10% женщин и 2-3% мужчин. Согласно данным крупномасштабного исследования Whickham Survey, частота вновь выявленных больных манифестным гипотиреозом среди женщин составила 4,1 на 1000 в год, а среди мужчин - 0,6 на 1000 в год. В возрастной популяции лиц старше 60 лет гипотиреоз выявляется у 6-12% [1, 6, 7, 11].

Еще в 1873 году Gull W.W. впервые описал микседему, а через 100 лет, в 1973 г., Everd D. выдвинул современную концепцию гипотиреоза, однако многие вопросы этиопатогенеза, коморбидности, клинических "масок" этой патологии остаются не до конца исследованными. Особенно это касается гипотиреоза у пожилых пациентов в связи с наличием сопутствующей патологии, приемом лекарственных препаратов, сложностями дифференциальной диагностики [2, 3, 8, 10].

Наиболее часто у пожилых пациентов верифицируется первичный гипотиреоз, обусловленный следующими факторами:

♦ субтотальной или тотальной струмэктомией в анамнезе (вне зависимости от причин оперативного вмешательства);