

УДК 616-009.614; 616.8-089.5

ПРИМЕНЕНИЕ КЛОФЕЛИНА ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ СПИНАЛЬНО-ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

В.А.ФОМИЧЕВ, Е.Я.ХРУСТАЛЕВА*

Проблема защиты больных от агрессивного воздействия операции и анестезии – один из главных вопросов, привлекающих внимание анестезиологов и хирургов. Наряду с гипотензивным действием, клофелин обладает выраженным противогипоксической и стресс-протекторной активностью.

Цель исследования – изучение стресс-протекторного действия клофелина в условиях спинально-эпидуральной анестезии во время плановых онкогинекологических операций.

Обследовано 148 гинекологических больных, оперированных по поводу онкопатологии при комбинированной спинально-эпидуральной анестезии. В 1-й группе больных (n=78) клофелин вводился внутримышечно в дозе 0,002 мг/кг, во 2-й группе клофелин не применялся. Группы были сравнимы по возрасту, степени анестезиологического риска, характеру и длительности операций. Больным проведена спинально-эпидуральная анестезия двухсегментарным методом по стандартной методике для обеспечения расширенных полостных онкогинекологических операций. Использовались местные анестетики: Marcain spinal 0,5%, Marcain 0,5% (фирмы «Astra» Швеция). Седация в течение операции обеспечивалась фульдесом 0,14 мг/кг, кетамин 1 мг/кг/ч.

Мониторинг показателей общей гемодинамики, кортизола и глюкозы крови проводился так: исходные параметры (за 30 минут до начала анестезии); в момент удаления патологического субстрата; в конце операции; через час после нее. Снижение артериального давления ниже 30 мм рт.ст от исходного, требующее медикаментозной коррекции было в 3 (3,8%) случаях в 1-й группе и в 5 (12,5%) (p<0,05) – во 2-й. Проведена коррекция введением мезатона 0,75 мг/кг. Показатели пульсоксиметрии были устойчивы на фоне оксигенотерапии назофарингеальным катетером. При изучении показателей глюкозы крови в первой группе наблюдались более стабильные показатели, чем во второй, что составило в среднем 4,6±0,2 ммоль/л, тогда, как в контрольной – 5,5±0,4 ммоль/л. При сравнении показателей гликемии во второй группе отмечается их рост на 0,6±1,8 ммоль/л (p<0,05).

При изучении динамики кортизола плазмы крови отмечено, что в 1-й группе отмечалось в 2,05 и 2,6 раза по сравнению с исходным снижение показателей на 2 и 3 этапах исследования, в отличие от контроля, где снижение уровня кортизола произошло в 0,9 раз на 2-м этапе, и повышение параметра на 15% через час после операции. В послеоперационном периоде потребность во введении наркотических анальгетиков возникла через 6,0±2,8 часов после операции, а во 2-й – через 6,8±2,6 часов. Время появления боли, требовавшей анальгезии по шкале вербальных оценок в 1-й группе – 351,2±4,2 мин., а во 2-й – 144,3±9,2 мин. (p<0,05).

Применение α₂-адреностимулятора (клофелин) явно не отразилось на показателях общей гемодинамики при комбинированной спинально-эпидуральной анестезии, но его применение позволяет уменьшить явления операционного стресса, пролонгировать послеоперационный анальгетический эффект, что способствует лучшему протеканию послеоперационного периода.

УДК 615.811.2

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СЕКРЕТА СЛЮНЫ ПИЯВКИ В ЛЕЧЕНИИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Ю.В.ДОБРЫНИН*, Р.Н.ЖИВОГЛЯД*, К.А.ХАДАРЦЕВА**, Т.Н.ШИПИЛОВА*

Секрет слюнных желез представителей вида *Herudo medicinalis* – это источник уникальных БАВ (биологически активных веществ): гирудин – высокоспецифический ингибитор фермента

тромбина, гиалуронидаза, простагландины, липаза, аспираза, коллагеназа, саратин-ингибиторы адгезии тромбоцитов, белковой, липидной и углеводной природы. Пиявка выделяет нейротимулирующий фактор, который определяется наличием белластазина и беллелина [4], кроме того, нейротрофические факторы [4] участвуют в репарации нарушений, вызванных повреждением мозга и периферической нервной системы.

Нейротрофические факторы (НТФ) принадлежат к классу белков – полипептидных факторов роста. В эмбриогенезе и постнатальном периоде НТФ участвуют в дифференцировке, созревании и поддержании выживаемости клеток периферической и ЦНС. НТФ участвует в создании структуры нервной ткани, в формировании фенотипа клеток, в регуляции количественного состава нейрональных популяций путем супрессии программированной нейрональной гибели.

Во взрослом организме НТФ отвечают за поддержание фенотипа дифференцированных клеток нервной ткани, обеспечивая их выживаемость. НТФ также обеспечивает пластичность нервной системы при ее функционировании и особенно ее структурные и функциональные изменения, которыми сопровождаются процессы обучения и запоминания, реакции на психологические нагрузки или стресс, гормональные перестройки. На клеточном и молекулярном уровне такие изменения, как краткосрочные и долговременные включают перестройку синаптических связей, спрутинг, изменение уровня синтеза или секреции нейротрасмиттеров, индукцию или репрессию синтеза или секреции самих нейротрофических факторов или их рецепторов. В [4] показано, что фактор роста нервов (НТФ) играет важную роль во взаимодействии между нервной и иммунно-эндокринной системами.

Представим характерный пример использования гирудотерапии в восстановительной медицине в условиях Севера РФ – ХМАО-Югры. Отметим, что секрет медицинской пиявки (при ее использовании в клинике нервных болезней и при нейрососудистой патологии) могут оказывать разностороннее и весьма эффективное действие. В этой связи изучение положительных эффектов использования пиявки при цереброваскулярной патологии несомненный клинический интерес. Авторы в порядке обмена опытом предлагают результаты собственных исследований в этой области на примере именно цереброваскулярной патологии.

Больному А.И. 47 лет был поставлен диагноз: острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в ВББ (вертебро-базиллярный бассейн). Отмечался вестибулоатактический синдром. Наблюдались также дизартрия и диплопия, с легким гемипарезом справа и гемипарестезией слева, кроме того выражена артериальная гипертензия 3, осл. (риск 4), церебральный атеросклероз. Госпитализация от 23.04.2004 года.

Состояние при поступлении: жалобы на сильное головокружение, двоение, слабость в правых конечностях, расстройство речи. В неврологическом статусе общемозговых и оболочечных знаков нет. ЧМН зрачки Д=С, фотореакции удовлетворительные. Спонтанный нистагм с 2-х сторон. Диплопия во все стороны. Лицо с асимметрией. Язык девирует вправо. Дизартрия. Дисфагия. Сила в правых конечностях 4-5 б. Положительная проба Барре справа. СХР Д больше С. Положительный симптом Бабинского справа. Гемипарестезия слева. Вестибулоатактический синдром.

В стационаре находился в течение 2-х недель. Принимал: эуфеллин, финоптин, тримикаин, ноотропил, нозепам, энап, папаверин, гепарин, лидокаин, трентал, пирогетам, аспирин, рибоксин, церукал. На фоне лечения – положительная динамика.

После стационарного лечения проводилась гирудотерапия. У нашего больного имело место поражение двигательной зоны (И.П.Павлов объяснял это нарушением ядра двигательного анализатора). Было поражение речедвигательного анализатора, который находится в задней части нижней лобной извилины (gyrus Broca). Пиявки прикладывались на проекцию этих зон, а также на проекцию ядер двигательного анализатора, посредством которого происходит синтез привычных целенаправленных комбинированных движений. Клетки ядра двигательного анализатора заложены в средних слоях коры моторной зоны. В более глубоких слоях лежат гигантские пирамидные клетки Беца, представляющие собой эфферентные нейроны, которые И.П. Павлов рассматривал как вставочные нейроны, связывающие кору мозга с подкорковыми узлами, ядрами головных нервов и передними рогами спинного мозга, т.е. двигательными нейронами. Широко известно, что правая двигательная область связана с левой половиной тела и наоборот. Имеются обширные связи с нейрональными

*Новосибирский ГМУ, г. Новосибирск, Красный проспект, 52, Фрунзе, 6
*Сургутский ГУ, НИИ Биофизики и медицинской кибернетики
*г.ул 9