

ГАМК. Одновременно в этом отделе мозга повысилось содержание глутамата, и не изменилось содержание глутамина.

Введение композиции Титацин на фоне ПМИ сопровождалось сдвигами в уровнях компонентов ГАМК-глутамат-глутаминового цикла как по сравнению с контролем, так и группой ПМИ. Наблюдалось снижение активности ГДК, которое привело к нормализации уровней глутамата и ГАМК по отношению к контролю. Одновременно был отмечен рост уровня глутамина, что могло свидетельствовать о поглощении глиальными клетками нейромедиаторов ГАМК и глутамата с целью синтеза из них глутамина.

**Выводы.** 1. Прерывистое введение морфина в режиме 3 циклов приводит к активации синтеза ГАМК в стволе головного мозга и сопровождается ростом концентраций обоих нейромедиаторов.

2. Компоненты Титацина, вводимые на фоне ПМИ, угнетают синтез ГАМК из глутамата и способствуют усилению синтеза глутамина в глиальных клетках.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Виницкая, А. Г. Динамика показателей «ГАМК-глутамат-глутаминового» цикла в стволе головном мозге крыс при разных режимах морфиновой интоксикации / А. Г. Виницкая // Актуальные проблемы медицины : сб. материалов итоговой научно-практической конференции (28-29 января 2021 г.) [Электронный ресурс] / отв. ред. Е. Н. Кроткова. – Гродно : ГрГМУ, 2021. – С. 148–151.

2. Влияние прерывистой морфиновой интоксикации на состояние пула нейроактивных аминокислот и биогенных аминов в отделах головного мозга // В. В. Лелевич [и др.] // Нейрохимия. – 2015. – Т. 32, № 3. – С. 252–258.

3. Гуца, В. К. Нейромедиаторные нарушения в некоторых отделах головного мозга крыс и их коррекция при хронической и прерывистой алкогольной интоксикации / В. К. Гуца, С. В. Лелевич, В. М. Шейбак // Биомедицинская химия. – 2019. – Т. 65, №1. – С. 21–27.

## ТРАНСУРЕТРАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

**Филиппович Д. В.**

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Филиппович В. А.

**Актуальность.** Прогресс, достигнутый за последние годы в лечении терапевтических, эндокринных, неврологических, сердечно-сосудистых и других заболеваний привел к появлению значительного количества пациентов ДГП, у которых, помимо большого возраста, имеются серьезные сопутствующие заболевания: перенесенные операции на сердце, сахарный

диабет, последствия перенесенного инсульта и.т.д. Это накладывает свой отпечаток на подход к лечению данной категории пациентов. Прогресс, достигнутый за последние годы в лечении терапевтических, эндокринных, неврологических, сердечно-сосудистых и других заболеваний привел к появлению значительного количества пациентов с ДГП, у которых помимо большого возраста имеются серьезные сопутствующие заболевания, перенесенные операции на сердце, сахарный диабет, последствия перенесенного инсульта и.т.д. Это накладывает свой отпечаток на подход к лечению данной категории пациентов.

**Цель.** Оценить возможности трансуретральных операций для данной категории пациентов.

**Методы исследования.** Мы располагаем наблюдениями 85 больных пожилого и старческого возраста, которым, в связи с высокой степенью операционного риска, была выполнена трансуретральная резекция (ТУР) или трансуретральное рассечение предстательной железы. Средний возраст пациентов – 76,5 лет. Среди них пожилых (60-74 лет) было 48 (56,9%), старых (75-89 лет) – 36(42,6%) и долгожителей (старше 90 лет) – 1 (0,9%). Сопутствующие заболевания: постинфарктный кардиосклероз – 43,4%, заболевания органов дыхания – 56,5%, артериальная гипертензия – 16,2%, сахарный диабет – 9,9%, неврологические заболевания – 16,25%, надлобковый мочепузырный свищ – 24,9%, острая задержка мочеиспускания – 3,5%, хроническая задержка мочеиспускания – 0,3%, хронический пиелонефрит – 51,8%, ХПН – 27,7%, почечно-каменная болезнь – 7,3%.

В технике операции при ТУР мы предпочитаем бороздчатую резекцию, при которой иссекаются ткани предстательной железы в проекции 5-7 часов условного циферблата от шейки мочевого пузыря до семенного бугорка на глубину 2-3 и ширину 3-4 больших петель. Рассечение производим на 5-7 часах условного циферблата на всю глубину ДГП от шейки до семенного бугорка. Кровотечение останавливают коагуляцией кровоточащих сосудов петлей резектоскопа или шариковым электродом. При рассечении гемокоагуляция не требуется. Масса удаленной ткани находится в пределах 5-10 гр. Длительность операции – 30-40 мин.

**Результаты и их обсуждение.** После ТУР урологические осложнения наблюдались у 3(4%) пациентов: перфорация капсулы предстательной железы – 1, кровотечение из простатического отдела уретры – 2. Пневмония диагностирована у 1 пациента, инфаркт миокарда – у 2. Никто из пациентов не умер. Случаев тромбоэмболии легочной артерии зафиксировано не было. Урологические осложнения были купированы консервативно, терапевтические – путем назначения соответствующей терапии. Всем пациентам удалось устранить инфравезикальную обструкцию и ликвидировать цистостому.

**Выводы.** Представленный опыт нашей работы показывает, что при соответствующей предоперационной подготовке, адекватной послеоперационной терапии, хорошем владении техникой трансуретральных операций не следует бояться выполнять последние пожилым пациентам с

сопутствующими сердечно-сосудистыми, неврологическими, эндокринными заболеваниями в стадии компенсации. Однако к выполнению ТУР и трансуретральному рассечению простаты у пожилых людей следует относиться с большим вниманием, четко соблюдать хирургическую технику, т.к. осложнения могут быть весьма серьезными.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Портной, А.С. Хирургическое лечение аденомы о рака предстательной железы / А. С. Портной. – Л.: Медицина, 1988.
2. Резник, М. И. Секреты урологии / М. И. Резник, Э. К Новик ; пер. с англ. под ред. С. Х. Аль-Шукри. – СПб. : Медицинская библиотека, 2003. – 400 с.

## НОРАДРЕНЕРГИЧЕСКАЯ СИСТЕМА КОРЫ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ГИПОДИНАМИИ И АЛКОГОЛЬНОЙ АБСТИНЕНЦИИ

**Филипчик А. О., Мамедова А. Е.**

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: Мамедова А. Е.

**Актуальность.** Исследования показывают, что введение этанола стимулирует метаболизм норадреналина в центральной нервной системе [1]. При гиподинамии содержание норадреналина в головном мозге, наоборот, увеличивается [2]. Поскольку в человеческой популяции часто происходит наложение различных факторов друг на друга, актуальным является изучение комплексного воздействия гиподинамии и алкогольного абстинентного синдрома на норадренергическую нейромедиаторную систему мозга.

**Цель.** Установить характер изменений метаболитов норадренергической системы алкогольном абстинентном синдроме на фоне гиподинамии.

**Методы исследования.** Опыты проводились на беспородных белых крысах самцах массой 180-220 г. Моделирование гиподинамии проводилось путем помещения крыс в индивидуальные клетки-пеналы, ограничивающие их подвижность, на 14 суток. Для моделирования алкогольного абстинентного животным внутривенно вводился 25%-ный раствор этанола 2 раза в сутки в дозе 5 г/кг в течение 5 суток (вечер 9-х суток – утро 14-х суток) с последующей отменой. Определение содержания метаболитов норадренергической системы проводилось методом ВЭЖХ.