

резиненные полоски разного размера покрытые токопроводимым силиконом, были вмонтированы в эластические брюки. Стимуляторы имели раздельное автономное питание и крепились на поясе брюк в специальных карманах (чехлах).

Полученные данные показали, что применяющаяся ФЭМС-тренировка, дополнительно к физическим тренировкам штатной системы профилактики, оказывает в условиях КП профилактическое воздействие на мышечный аппарат. Морфологические исследования обнаружили у космонавта, использующего в КП ФЭМС-тренировка, уменьшение площади поперечного сечения мышечных волокон, не сопровождающееся свойственным атрофии увеличением межволоконного пространства и прорастанием соединительной ткани. Паттерн композиции мышцы преобразовывается в КП в паттерн свойственный мышце с аэробной направленностью (мышцы стайеров).

Характеристики вертикальной устойчивости у этого же члена экипажа выявили уменьшение глубины нарушений, связанных с атрофией мышц ног: на 7-е пост-полетные сутки параметры вертикальной устойчивости не отличались от пред-полетных. Исследования электрически вызванных сокращений *m. triceps surae*, а также результаты локомоторного нагрузочного теста (МК-108) также свидетельствуют о сократительной сохранности мышечного аппарата. Важным является и субъективная оценка метода ФЭМС. Космонавты положительно оценили метод, отметили его удобство, возможность осуществлять большинство рабочих операций и ощущение «сохранности» мышц по возвращению на Землю. Последнее объясняется, по-видимому, положительным влиянием возрастанием во время ФЭМС потока проприорецептивной афферентации в условиях его дефицита [Козловская и др., 1987], что может играть также определенную роль в поддержании и нормализации активности систем управления произвольными движениями.

#### **MANNHEIM PERITONIS INDEX (MPI), КАК ИНСТРУМЕНТ ПРЕДСКАЗАНИЯ ИСХОДА ПРИ ТРАДИЦИОННОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА**

Костюченко К.В., Ерышалов М.П., Абиссов А.А.  
*МКУЗ МСЧ ОАО «Автодизель», Кафедра  
 госпитальной хирургии ЯГМА  
 Ярославль, Россия*

Предсказание исхода лечения связано с анализом диагностических критериев и их предикторных возможностей. Применение Mannheim peritonitis index впервые осуществлено авторами A.Billing, D.Fröhlich, F.W.Schildberg and the Peritonitis Study Group в 1994 году [1]; в российской научной литературе наиболее интересные подхо-

ды к применению IPM описаны в работе А.С.Ермолова с соавторами (2000). Нами ретроспективно протестирован дооперационный IPM при традиционном хирургическом лечении распространённого перитонита (n=502) для определения его предикторной ценности в отношении исхода лечения. Традиционный метод лечения включал в себя лапаротомию, устранение причины перитонита, дренирование брюшной полости, при необходимости интестинальную декомпрессию и перитонеально-энтеральный лаваж. Прогностические и дискриминационные свойства определялись на основе критерия Пирсона  $\chi^2$ , критерия сопряжённости Пирсона и на основе площади под ROC-curve [2]. Средняя летальность в группе исследования составила 16,5%. Исключены были случаи с онкопатологией (при расчёте IPM малигнизация является важным фактором прогноза). Коэффициент корреляции шкалы IPM с летальностью составил 0,97. Критерий  $\chi^2$  составил 35,7 при уровне значимости  $p=3,21 \times 10^{-6}$ . Площадь под ROC-curve составила 0,704 при уровне значимости  $SE_{AREA}$  0,036. Коэффициент сопряжённости Пирсона составил 0,85. Таким образом, IPM показал средне-высокую прогностическую ценность при использовании традиционного метода хирургического лечения распространённого перитонита при высоком уровне значимости полученных результатов.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Billing A, Fröhlich D., Schildberg F.W. and the Peritonitis Study Group Prediction of outcome using the Mannheim peritonitis index in 2003 patients. // British Journal of Surgery 1994, 81, 209-213.
2. Hanley J.A., McNeil B.J. The meaning and use of the area under a receiver operating characteristic (ROC) curve // Radiology. - 1982; v.143; p.29-36.

#### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БЕЗАФИБРАТА И МЕТФОРМИНА У БОЛЬНЫХ ИБС И НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К ГЛЮКОЗЕ**

Малородова Т.Н.  
*Белгородский государственный университет  
 Белгород, Россия*

При изучении метаболических нарушений выявлен такой фактор риска ИБС, как инсулинорезистентность, сопровождающаяся избыточной массой тела, увеличением объема талии (ОТ), высоким уровнем общего холестерина (ХС), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), снижением холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП).

**Целью настоящего исследования** явилось проведение сравнительной оценки гиполлипидемической эффективности метформина и без-

афибрата для коррекции гиперлипидемии (ГЛП) больных ИБС с НТГ и их влияние на антропометрические показатели.

#### **Материал и методы исследования**

Под наблюдением находилось 93 мужчины в возрасте от 41 до 59 лет (52,2±6,8) с ИБС, НТГ и вторичной ГЛП. У 49 пациентов был установлен II функциональный класс стенокардии напряжения, у 44 пациентов – I функциональный класс. У 45 пациентов выявлена изолированная гипертриглицеридемия (ГТГ), а у 48 пациентов – ГТГ сочетанная с ГХС. Индекс Кетле (ИК) не превышал 29 кг/кв.м. Группу контроля составили 28 пациентов, получавшие гиполипидемическую диету.

Критерии включения пациентов в исследуемую группу были следующие: исходное содержание ХС ЛПНП >115 мг/дл и/или исходное содержание ТГ >155 мг/дл без выраженной гипоальфахолестеринемии с индексом Кетле < 29. Всем больным проводилось исследование антропометрических данных, определение общего ХС и спектра липопротеидов, уровень ХС ЛПНП определялся по формуле Фридвальда. Пациенты получали 500 мг/сут метформина (Германия) или 600 мг/сут безафибрата (Франция) на фоне гиполипидемической диеты в течение 8 недель.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью методов параметрической статистики с использованием программы STATISTICA 6.0 с использованием критерия Стьюдента.

#### **Результаты и их обсуждение**

При назначении безафибрата в группе больных с изолированной ГТГ выявлены следующие изменения: произошло выраженное снижение уровня ТГ на 38,9% ( $p < 0,001$ ). Наряду с этим произошло достоверное повышение уровня ХС ЛПВП на 22,3% ( $p < 0,001$ ). При применении метформина снижение уровня ТГ составило 34,6% ( $p < 0,001$ ), что сравнимо с эффектом безафибрата. По действию на уровень ХС ЛПВП метформин несколько превосходил безафибрата, произошло снижение на 28,7% ( $p < 0,001$ ).

Изменение антропометрических показателей было более выражено при применении метформина. ИК уменьшился на 3,0% ( $p < 0,01$ ), ОТ – на 3,2% ( $p < 0,01$ ). Под влиянием безафибрата ИК уменьшился на 1,8% ( $p < 0,05$ ), ОТ изменился на 0,7% (статистически недостоверно).

В группе больных ГТГ сочетанной с ГХС при применении метформина произошло достоверное снижение уровня общего ХС на 12,1% ( $p < 0,05$ ), и уровня ХС ЛПНП на 13,2% ( $p < 0,05$ ), ТГ – на 24,4% ( $p < 0,001$ ). При терапии безафибрата произошло несколько более выраженное снижение уровня общего ХС на 23,3% ( $p < 0,001$ ), что реализовалось за счет снижения уровня ХС ЛПНП на 25,1% ( $p < 0,001$ ). Уровень ТГ снизился на 30,2% ( $p < 0,001$ ). По положительному действию на уровень ХС ЛПВП безафибрата и метфор-

мин не различались, что составило 23,3% ( $p < 0,001$ ) и 19,6% ( $p < 0,01$ ) соответственно.

Анализ изменений антропометрических параметров показал, что у пациентов ГТГ сочетанной с ГХС более выраженным действием обладал метформин. Они достигли статистически значимого уровня – 2,0% ( $p < 0,01$ ) и 2,3% ( $p < 0,01$ ) соответственно. При коррекции безафибрата изменения ИК и ОТ было недостоверно.

#### **Заключение**

В группе больных ИБС и НТГ с изолированной ГТГ гиполипидемическое действие метформина сравнимо с эффектом безафибрата. При применении безафибрата у пациентов с ГТГ сочетанной с ГХС произошли более выраженные положительные изменения в спектре липопротеидов по сравнению с применением метформина. Назначение безафибрата не вызвало положительной динамики антропометрических показателей. Применение метформина привело к уменьшению окружности талии, индекса Кетле, достигая наибольшего эффекта у пациентов с изолированной ГТГ.

### **ИНТРАОКУЛЯРНАЯ БРАХИТЕРАПИЯ ОФТАЛЬМОАППЛИКАТОРОМ НА ОСНОВЕ ИЗОТОПА ИТРИЙ-90 В ОФТАЛЬМОЛОГИИ**

Мартусевич М.А., Жуйков С.А., Логвинов С.В.,  
Запускалов И.В.

*Сибирский государственный медицинский  
университет  
Томск, Россия*

Лучевая терапия в офтальмоонкологии является важным, часто основным, а иногда единственно приемлемым методом в комбинированной терапии злокачественных и доброкачественных новообразований органа зрения. Обладая органосохранной направленностью лечения, она позволяет добиться выздоровления на фоне хорошей социальной и семейной реабилитации. Из всех видов лучевой терапии в офтальмологии наибольшее распространение получила контактная лучевая терапия или брахитерапия. Современная брахитерапия успешно применяется при лечении как доброкачественных (гемангиома хориоидеи), так и злокачественных новообразований заднего отрезка глаза (меланома, ретинобластома). Однако, она имеет ряд недостатков в виде сложности подведения офтальмоаппликатора к заднему отрезку глаза и точной его локализацией над патологическим очагом. Небольшое отстояние аппликатора от склеры, в ходе проведения облучения, заставляет увеличивать время контакта источника излучения с глазом, а это, в свою очередь, повышает полученную поверхностную дозу облучения. С увеличением поверхностной дозы облучения возрастает риск развития лучевых реакций и постлучевых осложнений.