

В группе лиц с ИБС и НТГ с изолированной ГТГ при назначении безафибрата 1% снижения ХС ЛОНП составил 21,04 р., 1% повышения ХС ЛПВП – 41,93 р. При назначении метформина затраты были существенно ниже: для достижения снижения общего ХС на 1% потребовалось 6,72 р., ХС ЛОНП – 2,31 р., ХС ЛПВП – 5,84 р., а также для повышения ХС ЛПВП на 1% – 2,78 р.

При фармакотерапии безафибратом в группе больных с сочетанной ГТГ 1% снижения общего ХС составил 54,38 р., 1% ХС ЛОНП – 30,97 р., 1% ХС ЛПВП – 47,23 р., 1% повышения ХС ЛПВП – 47,23 р. При лечении метформином 1% снижения общего ХС составил 6,61 р., 1% ХС ЛОНП – 3,28 р., 1% ХС ЛПВП – 6,06 р., 1% повышения ХС ЛПВП – 4,04 р.

Заключение

Полученные данные свидетельствуют, что эффективность затрат при использовании метформина для коррекции вторичной изолированной и сочетанной ГТГ у больных ИБС с НТГ более экономически выгодно по сравнению с применением безафибрата.

НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ДИАПЕВТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Николаев Н.А., Тодоренко Н.В., Косенок В.К.,
Тодоренко В.Н.

*Омская государственная медицинская академия
Омск, Россия*

Узловые образования щитовидной железы (аутоиммунный тиреодит, доброкачественные и злокачественные опухоли, узловой зоб) имеет около 10% населения земного шара. Наиболее информативным методом диагностики этой патологии в настоящее время является тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия под контролем ультразвукового исследования с доплерокартированием, с последующим цитологическим исследованием пунктата. По сути, данный метод является диапевтическим вмешательством, поскольку при доброкачественной патологии помимо собственно диагностического, имеет и лечебное значение за счет аспирации узлового содержимого. Усиливает терапевтический эффект внутриузловое введение склерозантов.

Наиболее известным малоинвазивным методом терапии с применением склерозантов является склеротерапия этанолом (Цуканов Ю.Т., Тодоренко В.Н., 2004 и др.), основывающаяся на развитии асептического коагуляционного некроза с последующим замещением его соединительной тканью. После введения этанола ткань узла, как правило, не содержит жизнеспособных тиреоцитов, что по функциональному эффекту приравнивает этаноловую деструкцию к резекции части

органа. Склеротерапия этанолом является методом выбора при наличии серьезных сопутствующих заболеваний (в т.ч. в пожилом возрасте), высоком хирургическом риске, неэффективности или противопоказаниях к медикаментозной терапии тиреоидными гормонами или радиойодной терапии.

К основным проблемам склерозирующей терапии следует отнести непрогнозируемо широкий диапазон эффективности результатов и непроработанность вопросов эффективности терапии в зависимости от возрастных и гендерных особенностей пациентов. По различным литературным данным, в течение первого года наблюдения результативность терапии составляет 47-93%, а сообщения об оценке эффекта лечения в отдаленные сроки (3-5 лет) единичны, противоречивы, при этом, как правило, базируются на материале зарубежных исследований. Учитывая, что отдельные нозологические формы патологии эндокринной железы тесно коррелируют с возрастом и полом, безусловный интерес представляет оценка эффективности склерозирующей терапии в зависимости от степени влияния этих факторов, однако ни в отечественной, ни в зарубежной научной литературе обнаружить информацию об исследованиях в этом направлении нам не удалось. В то же время, именно отдаленный результат представляется нам наиболее важной конечной точкой склеротерапии как метода лечения. Разработка надежных методов прогноза при проведении склеротерапии, выявление значимо влияющих на результат факторов и разработка с учетом этого моделей ведения различных групп пациентов являются в этой области наиболее перспективными и востребованными направлениями исследований.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА МНОГОМЕРНОГО ШКАЛИРОВАНИЯ ДЛЯ АНАЛИЗА ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ

Омельченко В.П., Короткиева Н.Г., Мороз К.А.,
Гончарова З.А.

*Ростовский государственный медицинский
университет
Ростов-на-Дону, Россия*

Сложность картины ЭЭГ и стремление физиологов перейти от описательных методов к стандартизированной форме заставило исследователей разрабатывать различные математические методы количественного анализа биоэлектрической активности. Развитие вычислительной техники послужило мощным толчком для внедрения многомерных статистических методов в клиническую электроэнцефалографию. Суть нашего исследования заключалась в разделении биоэлектрической активности мозга практически здоро-

вых испытуемых и больных рассеянным склерозом (РС) с помощью метода многомерного шкалирования.

В исследовании приняло участие 20 женщин с РС в стадии обострения и 20 практически здоровых испытуемых. Всем обследуемым была проведена запись ЭЭГ по международной схеме 10x20 на базе аппаратно-программного комплекса «Энцефалан-131-03». Пациентам с РС ЭЭГ записывалась 3 раза: при поступлении в клинику, в середине курса лечения и при выписке. Для каждого пациента было выбрано по 5 десятисекундных отрезков и в рамках программного обеспечения «Энцефалан-131-03» рассчитаны нормированные спектры мощности (НСМ) по 24 частотам в 16 отведениях. Затем в EXCEL было произведено усреднение НСМ по всем частотам в соответствующих отведениях у здоровых испытуемых и у больных РС и сформированы матрицы размером 16 (отведения) на 24(частоты) для здоровых и больных (3 состояния). Эти данные были обработаны в системе «Statistica 6.0» методом многомерного шкалирования. В процессе анализа исследовалось сходство (различие) двух групп испытуемых – группы здоровых людей и группы пациентов, подвергающихся медикаментозному лечению. Таким образом, анализ проводился в три этапа – сравнение параметров ЭЭГ здоровых людей и пациентов, только поступивших в стационар; сравнение параметров ЭЭГ здоровых людей и пациентов в процессе лечения; сравнение параметров ЭЭГ здоровых людей и пациентов в конце лечения. Каждый раз обработка данных производилась в следующей последовательности:

- создание файла с расширением sta с помощью модуля Data Management / MFМ;
- преобразование созданного файла в матрицу корреляций в модуле Basic Statistics / Tables;
- многомерное шкалирование полученной матрицы в модуле Multidimensional Scaling.

В ходе проведения исследования были получены следующие результаты:

1. Метод многомерного шкалирования (МШ) позволяет сформировать некоторое теоретическое пространство, характеризующее сходство или различие между данными ЭЭГ здоровых и больных людей. Чем больше расстояние между точками, характеризующими различные состояния пациентов, тем больше разница между указанными состояниями.

2. При анализе полученных данных по отдельным частотным интервалам наиболее четкое различие отмечено в диапазоне высоких частот (19 – 24 Гц). В этом случае наблюдается четкое разделение данных на четыре группы в соответствии с вышеуказанными состояниями. Таким образом, в дальнейшем можно проводить обследования, целью которых является определение состояния пациента. Анализируя расположение точек, характеризующих состояние конкретного

пациента, относительно этих четырех областей концентрации точек уже известных состояний, можно сделать вывод о состоянии исследуемого пациента, а следовательно сделать вывод об эффективности проводимого лечения.

3. При транспонировании исходной матрицы данных проводился анализ, который позволил оценить сходство исследуемых параметров по отдельным отведениям. В результате в сформированном теоретическом пространстве наблюдалось четкое разделение данных на две группы – группу больных и группу здоровых. Отметим, что указанная особенность отмечается как при анализе всего массива данных, так и при анализе отдельных отведений (лобных, теменных, затылочных).

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности применения метода многомерного шкалирования для разделения обследуемых на группы здоровых и больных с РС.

МОРФОЛОГИЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО УЗЛА В СЕРДЦЕ ИНТАКТНОГО КРОЛИКА

Павлович Е.Р.

*Лаборатория нейроморфологии с группой
электронной микроскопии ИКК
им. А.Л. Мясникова ФГУ РКНПК
Москва, Россия*

Изучали нижнюю часть межпредсердной перегородки (МПП) в сердцах 5 интактных половозрелых кроликов породы Шиншилла, имевших первоначальную массу тела 3,0-3,5 кг. Животных забивали введением воздуха в краевую вену уха. Извлекали сердце из грудной клетки и после его взвешивания, (вес был 8,5 - 11 граммов) помещали в 4% р-р параформальдегида на 0,1 М фосфатном буфере (рН=7,4) при 4°С на 2 часа. Иссекали межпредсердную перегородку сердца. Дофиксировали материал 2 часа в 1% четырехоксида осмия, дегидратировали в спиртах возрастающих концентраций и заключали в аралдит. Идентифицировали проводящий миокард атриовентрикулярного узла (АВУ) и рабочий миокард МПП на полутонких срезах, окрашенных толуидиновым синим, подобно описанному у интактных крыс (Павлович, 1989). Прицельно затачивали пирамиду на АВУ или рабочий миокард МПП. Ультратонкие срезы контрастировали уранилацетатом и цитратом свинца. Срезы просматривали на световом или на электронном микроскопе JEM-100 СХ. Показали, что на полутонких срезах проводящий миокард АВУ был представлен мелкими, рыхло лежащими специализированными миоцитами, разделенными значительным количеством соединительной ткани. Также в АВУ были выражены регуляторные системы (микрососуды и нервные проводники). Приузловой рабочий миокард МПП был представлен более крупными ра-