

выполняется на одной единице оборудования для ВЛХЭ, тем ниже стоимость операции.

3. Стоимость ТХЭ с увеличением количества операций на одну единицу оборудования имеет тенденцию к снижению, но не снижается ниже общестатистической стоимости.

4. Сравнительная характеристика стоимости ВЛХЭ и ТХЭ, с учетом цены оборудования и распределения общего количества операций на одну единицу оборудования, в пользу ВЛХЭ, так как эта операция в 2 раза дешевле ТХЭ, при выполнении 1000 операций на одной единице оборудования.

5. При выполнении 2000 операций на одной единице оборудования для ВЛХЭ стоимость операции в 2,90 ниже стоимости операции выполненной на оборудовании для ТХЭ.

### Литература

1. Возможности применения лапароскопической техники в условиях многопрофильной больницы // Воронин В.М., Смирнов А.А., Мясников А.Д., и др./ Научные ведомости БелГУ (серия Медицина), 2000, – № 4 (13), – С. 101-103.

2. Воронин В.М., Семкин Ю.Б. Актуальность и опыт организации отделения эндоскопической хирургии в многопрофильной больнице / Сборник научных трудов Всероссийской научной конференции «Актуальные проблемы хирургии», посвященной 130-летию со дня рождения профессора Н.И. Напалкова. Ростов-на-Дону, 1998. – С. 61.

3. Воронин В.М., Семкин Ю.Б. Отделение эндоскопической хирургии в многопрофильной больнице / Актуальные проблемы медицины и фармации (сборник 63 итоговой, научной сессии КГМУ, 20 – 21 мая 1998 года). – Курск, – 1998. – С. 24-25.

4. Дадвани С.А.; Ветшеев П.С.; Шулутко А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. М.: издательство дом Видар–М., 2000. – 139 с.

5. Лапароскопическая хирургия в условиях городской больницы // Мясников А.Д., Назаренко П.М., Воронин В.М., и др./ Эндоскопическая хирургия. Тезисы докладов по материалам 1-го Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии (Москва 24 – 25 февраля 1998 года), № 1: – 1998. – С. 19.

## СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ГЛИАТИЛИНА И ПОЛИОКСИДОИИЯ В ТЕРАПИИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

*Ю.Д. Губарев, В.Ф. Каменев*

Белгородский государственный университет, кафедра внутренних болезней №2

На сегодняшний день демиелинизирующие заболевания нервной системы представляют одну из наиболее сложных проблем неврологии в плане лечения, в частности рассеянный склероз (РС). Это обусловлено отсутствием теории, объясняющей причины возникновения болезни, её прогрессирования, что в совокупности привело к неэффективности проводимого лечения.

Важную роль в патогенезе рассеянного склероза играют нарушения со стороны иммунитета [1]. Об этом свидетельствуют исследования Завалишина О.А. и соавт. [4] выявивших дисбаланс в соотношении субпопуляций Т-лимфоцитов (увеличение соотношения хелперы/супрессоры), увеличение В-лимфоцитов и иммуноглобулинов класса G. Известно, что у 95% больных рассеянным склерозом определяются олигоклональные IgG в спинномозговой жидкости [3]. С другой стороны, нарушения в системе иммунитета на уровне формирования функциональной направленности иммунокомпетентных клеток, приводит к аутоиммунной атаке с повреждением

миелина [1]. Разрушение миелина, и как следствие этого синаптическая дисфункция с недостаточностью синтеза ацетилхолина в пресинаптических мембранах холинергических нейронов, в свою очередь потенцирует углубление расстройств со стороны нейрогуморальной, а затем и иммунной системы в целом.

В лечении рассеянного склероза в настоящее время ведущее место занимают иммунокорректоры и глюкокортикоиды. Однако нельзя забывать, что разрушение миелина, присутствующее при РС, способно привести к синаптической дисфункции, которая сопровождается недостаточным синтезом ацетилхолина в пресинаптических мембранах холинергических нейронов. А это в свою очередь потенцирует углубление расстройств со стороны нейрогуморальной, а затем и иммунной системы в целом. То есть формируется «порочный» круг. Этим можно объяснить малую эффективность иммунокорректоров при лечении данного заболевания, так как они оказывают влияние на заведомо в биохимическом плане «дефектную» иммунную систему. Положительный эффект глюкокортикоидов при лечении рассеянного склероза связан с тем, что данный препарат стабилизируя клеточную мембрану и воздействуя на основные типы иммунных реакций уменьшает активность аутоиммунных процессов. Однако такая терапия требует высоких доз глюкокортикоидов и позволяет лишь стабилизировать состояние больных на короткий срок [3]. Исходя из выше изложенного можно прийти к заключению, что в лечении данной категории больных важное место должна занимать не только иммунокорректирующая терапия, направленная на восстановление нарушенных функций со стороны системы иммунитета, но и препараты улучшающие нейротрансмиссию. Что в какой то мере позволит разрушить сформировавшийся «порочный» круг.

Поэтому целью нашего исследования явилось изучение эффективности сочетанного применения отечественного иммуноксидоредуктанта полиоксидония и глиатилина при лечении больных РС. Глиатилин – новое соединение, содержащее 40,5% холина, способное проникать через гематоэнцефалический барьер и потенцировать выработку ацетилхолина в пресинаптических мембранах. Данный препарат метаболизируется в организме на холин и глицерофосфат, который оказывает положительное воздействие на мембранную пластичность, а так же на функциональную активность рецепторов, что ведет к улучшению синаптической трансмиссии в целом. Это позволило нам применить данный препарат в лечении больных РС.

**Материалы и методы:** Проведено лечение 8 больным страдающим цереброспинальной формой рассеянного склероза в фазе обострения (4 мужчины, 4 женщины), в возрасте от 26 до 37 лет. Длительность заболевания составляла от 4 до 9 лет. Все больные были с достоверно установленным диагнозом РС в соответствии с критериями Позера, степень инвалидизации по шкале EDSS от 2 до 4 баллов.

Сочетанная терапия полиоксидонием и глиатилином проводилась на фоне базисной терапии. Полиоксидоний применялся по схеме: внутримышечно вводилось 12мг в первый день, а затем по 6 мг через день на курс 14 инъекций.

Глиатилин вводился внутривенно капельно по 1г. активного вещества (1 ампула, 4мл.) ежедневно, на курс 12 инъекций. В дальнейшем больные принимали препарат внутрь в капсулах, по 0,4 г. один раз в сутки, утром, на протяжении 28 дней.

Наблюдение за больными проводилось на протяжении 6 месяцев.

**Результаты и обсуждение:** Сочетанная терапия полиоксидонием и глиатилином хорошо переносилась всеми больными в период лечения; так же не было выявлено каких либо отсроченных побочных эффектов на протяжении всего периода наблюдения.

После третьей инъекции полиоксидония (на 6 сутки от начала сочетанной терапии) у 5 больных отмечалось улучшение общего самочувствия, уменьшение головокружения и общей слабости, снижение оценки по шкале EDSS на 0,5 балла. После шестой инъекции полиоксидония (на 12 сутки), у 6 больных отмечалась

стабилизация очаговой симптоматики, у 3 больных наметился регресс неврологических проявлений заболевания, в виде регресса пареза в среднем на 1-2 балла, уменьшение тазовых расстройств. По окончании курса сочетанной терапии у всех больных наблюдался значительный регресс пирамидной недостаточности, у 5 больных полный регресс нистагма, у 7 больных значительный регресс сенсорных расстройств, а так же у всей группы больных стабилизировалась психоэмоциональная сфера, улучшалась когнитивная функция. Снижение у всех больных степени инвалидизации по шкале EDDS в среднем на 1,5 балла. У всех больных на протяжении периода наблюдения (6 месяцев) продолжался регресс неврологических симптомов, обострения заболевания не наблюдалось

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о положительной динамике клинических показателей у больных РС, при сочетанной терапии с использованием глиатилина и полиоксидония.

### Литература

1. Болезни нервной системы, руководство под ред. Н.Н.Яхно, Д.Р. Штульмана, П.В.Мельничука. – М., 1997.
2. Петров Р.В., Хайтов Р.М., Некрасов А.В и соавт // Иммунология. – 2000. – №5. – С. 24-29.
3. Самуэльс М. «Неврология», перевод с английского. – Москва, 1997
4. Хондариан О.А., Завалишин И.А., Невская О.М. «Рассеянный склероз». – М.: Изд.-во Медицина, 1987.

## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Л.В. Деева*

Кафедра патологии медицинского факультета БелГУ

В настоящее время во всем мире, в том числе и в Белгородской области, наблюдается тенденция к увеличению роста заболеваний щитовидной железы (ЩЖ), что обусловлено наличием эндемической ситуации по йоду, ухудшением социальных условий и экологической обстановки. В связи с широким применением современных ультразвуковых методов исследования ЩЖ за последние 20 лет на 10-40% возрастает удельный вес узловых форм зоба и тиреоидитов, наиболее часто служащих фоном для развития злокачественных опухолей [5, 3, 6]. Однако здесь возникает затруднение: достоверно установить гистологический диагноз с помощью УЗИ невозможно [7]. Для повышения информативности метода рекомендуется выполнять аспирационную биопсию ЩЖ под контролем УЗИ. Информативность тонкоигольная аспирационная биопсия зависит от двух обстоятельств: методически правильного забора материала для цитологического исследования и квалификации цитолога. Анализ литературы показывает, что чувствительность и специфичность аспирационной биопсии превышает 90%, а точность оставляет 94% [7]. Отмечается снижение эффективности аспирационная биопсия при наличии в ЩЖ множественных узловых образований [2]. Новообразование ЩЖ, содержащее фолликулярные структуры, распознается при цитологическом исследовании биоптата, но для дифференциального диагноза фолликулярной аденомы и фолликулярного рака необходимо гистологическое исследование материала, полученного при операции [1].

Данная работа выполнена на архивном материале (истории болезни, журнал операционных вмешательств, журнал регистрации операционного и биопсийного материала) хирургического отделения №1 и эндокринологического отделения областной