

наружной поверхности голени вне проекции точек акупунктуры и классических двигательных точек. При проведении электроакупунктуры снижение чувствительности в зоне воздействия отмечалось уже на 4-5 мин воздействия и постепенно нарастало к 20-25 мин. Достоверное снижение чувствительности в зоне воздействия ($P < 0,05$) отмечалось в течении 2 часов после процедуры, а затем происходило постепенное возвращение показателей к исходному уровню чувствительности. У добровольцев контрольной группы проводили воздействие методом классического иглоукальвания. Достоверное изменение показателей отмечалось только в течении 30 мин после воздействия, а затем чувствительность кожи возвращалась к исходному уровню.

Наши дальнейшие исследования были направлены на исследование ответной реакции периферических нервов до и после воздействия методом электроакупунктуры флюктуирующими токами. Исследование проводили у здоровых добровольцев в двух группах по 10 испытуемых в каждой. В первой группе воздействие осуществляли флюктуирующими токами, а во второй группе – методом классического иглоукальвания. Для воздействия были выбраны точки в области предплечья на канале перикарда расположенные в проекции срединного нерва – МС6 и М3. Проведенное исследование показало, что электроакупунктура флюктуирующими токами способна в большей степени по сравнению классической акупунктурой изменять исходное состояние периферического нервного проводника, о чем свидетельствует снижение амплитуды потенциала действия срединного нерва после воздействия. Полученные данные могут свидетельствовать о способности электроакупунктуры флюктуирующими токами оказывать более выраженное обезболивающее действие.

Выводы. Таким образом, морфологические исследования позволили установить безопасные параметры воздействия не вызывающие повреждения мягких тканей в области введения иглы. Показано, что данный метод улучшает состояние кровообращения нижних конечностей, оказывает обезболивающие (гипоальгетическое) действие и может быть использован в клинической практике при заболеваниях периферической нервной системы.

Хаджи Исмаил А.И.¹, Лущик М.Л.², Данилова Л.И.², Лицкевич В.В.¹

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
Белорусского государственного медицинского университета, Минск, Беларусь
10-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь

РОЛЬ СЦИНТИГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ АМИОДАРОН-ИНДУЦИРОВАННОГО ТИРОТОКСИКОЗА

Введение. Сцинтиграфия щитовидной железы (ЩЖ) – метод радионуклидного исследования, который используется для верификации и дифференциальной диагностики тиротоксикоза при различных заболеваниях ЩЖ. Основная роль сцинтиграфии – это оценка функционального состояния щитовидной железы и ее способности

захватывать радиоактивный изотоп. Предметом дискуссии остается информативность проведения сцинтиграфии для дифференциальной диагностики типов амиодарон-индуцированного тиротоксикоза (АМИТ).

Цель. Оценка результатов сцинтиграфий пациентов Учреждения здравоохранения «10-я городская клиническая больница» с различной патологией ЩЖ для сравнительного анализа и оценки эффективности данного метода исследования в дифференциальной диагностике типов АМИТ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных медицинских карт 189 стационарных пациентов с различной патологией ЩЖ. Во всех группах оценивалась возрастная и половая структура, результаты гормонального статуса, включающие определение уровня тиротропного гормона (ТТГ), свободного тироксина (Т4 св.), антител к тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО) и к рецептору тиротропного гормона (АТ к рТТГ), а также результаты сцинтиграфии ЩЖ с радиофармпрепаратом (РФП), в данном случае – ^{99m}Tc -пертехнетатом. В тексте приведены средние значения гормонального профиля на момент госпитализации. Данные представлены виде% (n), где% – соотношение размеров группы к общей выборке с указанием в скобках числа пациентов – n.

Результаты и обсуждение. На основании результатов сцинтиграфии сформированы 2 функциональные группы – с гипертириозом, без гипертириоза. В каждой из групп выделены подгруппы – пациентов с АМИТ соответствующего типа и подгруппа сравнения с иной патологией ЩЖ.

Наиболее многочисленной оказалась 1-я группа – 62,4% (n=118), из которых 77,12% пациентов приходилось на долю женщин (n=91). Подгруппа с АМИТ 1-го типа включала 3,7% пациентов (n=7), средний возраст составил 62,3 года, средний уровень ТТГ – 0,0211 мкМЕ/мл, Т4 св. 32,997 пмоль/л. По результатам сцинтиграфии в подавляющем большинстве – 85,7% случаев накопление РФП было интенсивным (от умеренно интенсивного до значительно интенсивного с повышенной функциональной активностью), с диффузно-неравномерным распределением и четким долевым строением в 71,4% случаев, а также увеличением размеров ЩЖ в 42,9% случаев. Полученные результаты сопоставимы с результатами сцинтиграфий группы сравнения с болезнью Грейвса, функциональной автономией и аденомой ЩЖ и узловой патологией ЩЖ, но противоречат данным зарубежной литературы, которые указывают на низкую диагностическую ценность использования ^{99m}Tc -пертехнета в качестве РФП при верификации АМИТ 1-го типа.

Группа без гипертириоза включала 37,5% пациентов (n=71), из которых в подавляющем большинстве были женщины – 71,6% (n=53). Подгруппа с АМИТ 2-го типа включала 7,9% (n=15), средний возраст составил 66,3 года, средний уровень ТТГ – 0,0991 мкМЕ/мл, Т4 св. 42,485 пмоль/л. Подгруппа с АМИТ смешанной формы составила 6,3% (n=12), средний возраст составил 66,8 года (44; 82), средний уровень ТТГ – 0,0682 мкМЕ/мл, Т4 св. 38,72 пмоль/л. По результатам сцинтиграфии в большинстве случаев – 94% накопление РФП было слабо интенсивным (фон препарата) с диффузно-неравномерным распределением, без четкого долевого строения структуры ЩЖ.

Полученные данные были сопоставимы с результатами скintiграфий группы сравнения с подострым и безболевым тиреоидитом.

Выводы. Изолированное выполнение скintiграфии не дает однозначного ответа в отношении дифференциальной диагностики типов АМИТ, но имеет важное значение в сочетании с клиническими данными и иными лабораторно-инструментальными исследованиями, и дает возможность выбора оптимальной тактики лечения в каждом конкретном случае.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
Комитет по здравоохранению Мингорисполкома
Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»
Белорусский государственный медицинский университет

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ
ПОДХОД – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ
В ОКАЗАНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ**

**Материалы научно-практической конференции,
посвященной 40-летию
УЗ «10-я городская клиническая больница»**

(Минск, 22 мая 2025 года)

Минск
«Профессиональные издания»
2025