

НЕКОТОРЫЕ ПРИОРИТЕТНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕЙРОСЕТЕВЫХ КЛАССИФИКАТОРОВ ПРИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ИБС

Маль Г.С., Мишустина Е.С.

Курский государственный медицинский университет

Курск, Россия

mgalina@kursknet.ru

Главный патологический процесс, лежащий в основе этих заболеваний – атеросклеротическое поражение сосудов. По данным ряда исследований, снижение уровня общего холестерина (ХС) на 10% сопровождается снижением риска смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на 15%, а общей смертности – на 11%.

Целью исследования явилось изучение приоритетных возможностей использования нейросетевых классификаторов при фармакотерапии ИБС.

В исследование было включено 92 мужчины в возрасте от 41 до 59 лет ($52,2 \pm 6,8$) с ИБС и первичной гиперхолестеринемией (ГХС) или гипертриглицеридемией (ГТГ).

Верификация диагноза ГЛП осуществлялась по наличию ксантоматоза, клиническим проявлениям атеросклероза и данным семейного анамнеза после исключения заболеваний, обуславливающих вторичные нарушения липидного обмена.

Критерии включения пациентов в исследование были следующие: исходное содержание ХС >200 мг/дл и/или исходное содержание триглицеридов (ТГ) >150 мг/дл, без выраженной гипоальфахолестеринемии, с индексом Кетле < 29 .

Обследованные пациенты включались в группы с учетом стратификационных признаков (тип ГЛП, функциональный класс стенокардии напряжения, возраст).

Для прогнозирования эффективности гиполипидемических препаратов в коррекции ГЛП согласно рандомизации были сформированы группы лиц с фармакологическим вмешательством, сопоставимые между собой по возрасту и стратификационным признакам. Пациенты получали монотерапию холетаром, безафибратом или эндурацином. Исследование проводилось рандомизированным, слепым, контролируемым плацебо – тестом, перекрестным методом по следующему дизайну.

Так при лечении холетаром у больных ИБС с изолированной ГХС можно прогнозировать гипохолестеринемический эффект не менее 15% ($p < 0,05$) у 17,5% больных, а более 20% ($p < 0,05$) у 23% больных и только недостоверный гипохолестеринемический эффект около 5% возможен только не более, чем у 5% больных.

При лечении холетаром у больных ИБС с сочетанной ГХС можно прогнозировать гипохолестеринемический эффект не менее 23,5% ($p < 0,05$) у 19,5% больных, а более 38% ($p < 0,05$) у 40% больных и недостоверный гипохолестеринемический эффект около 7% возможен только не более, чем у 10% больных.

При лечении безафибратом у больных ИБС с сочетанной ГТГ можно прогнозировать гипотриглицеридемический эффект 4%, который может приводить к снижению ТГ лишь на 5% (н.д.), но наряду с гипотриглицеридемическим эффектом безафибрат способен оказать гипохолестеринемический. Гипохолестеринемический эффект не менее 8% ($p < 0,05$) у 9% больных, а более 18% ($p < 0,05$) у 22% больных и недостоверный гипохолестеринемический эффект около 2,5% возможен только не более, чем у 3% больных.

В условиях фармакотерапии эндурацином у больных ИБС с изолированной ГХС можно прогнозировать гипохолестеринемический эффект не менее 14% ($p < 0,05$) у 19% больных, а снижение ХС до 30% можно получить не менее, чем у 15% больных и только недостоверный гипохолестеринемический эффект около 8% возможен только не более, чем у 7% больных. Но наряду с гипохолестеринемическим эффектом эндурацин способен оказать гипотриглицеридемический эффект, который имеет аналогичную сопоставимую степень

проявления у 12% больных может приводить к снижению триглицеридов не менее, чем на 19%, а – на 25-30% ($p < 0,05$) уровень ТГ может снизиться не менее, чем у 30% больных.

При лечении эндурацином у больных ИБС с сочетанной ГХС можно прогнозировать гипохолестеринемический эффект не менее 10-12% ($p < 0,05$) у 15% больных, а более 17% ($p < 0,05$) у 24,7% больных и только недостоверный гипохолестеринемический эффект от 7% возможен только не более, чем у 8% больных. Но наряду с гипохолестеринемическим эффектом эндурацин способен оказать гипотриглицеридемический эффект, который имеет аналогичную степень вероятности проявления, а у 19% больных может приводить к снижению ТГ на 25%.

Таким образом, проведенное исследование показало возможность прогнозирования степени гипополипидемического эффекта у больных ИБС с изолированной или сочетанной ГХС и ГТГ, что необходимо для практической работы врача, так как заведомо, начиная лечение, необходимо быть уверенным в возможности достижения клинического эффекта, что обеспечит эффективность и экономичность лечения.