

ний применялись антитела корпорации Dako Cytomation (Дания). Материал из опухолевых узлов, подвергли ИГХ исследованию с помощью непрямого иммунопероксидазного-антипероксидазного метода по стандартному протоколу, при котором изучали экспрессию Ki-67, ER, PR, c-erbB-2, Topoisomerase-II α . С учетом результатов иммунотипирования и клинических данных исследуемые РМЖ были классифицированы согласно международной гистологической классификации ВОЗ (2012) [5]. Для статистического анализа использовался пакет прикладных программ «Statistica» 6,0. Сравнение двух выборок количественных данных, распределение которых было отличным от нормального, проводили при помощи непараметрического критерия Манна-Уитни (U-тест), определяли медиану М (25; 75). Сравнение частот проводили вычислением критерия χ^2 . Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациенты были разделены на группу А — без рецидивов и метастазов (30 наблюдений) и группу Б — (20 наблюдений), у которых за исследуемый период развились рецидивы и метастазы. В группе А средний возраст составил 61,2 (46; 69), в группе Б — 52,6 (40; 63) лет. Большой размер первичной опухоли от 2,5 до 8 см в группе Б определялся в 7 (45 %) случаях, а в группе А все новообразования имели размер до 2,5 см ($p = 0,002$). Поражение 2-х и более квадрантов молочной железы было выявлено в группе Б в 6 (30 %) случаев, а в группе А такие случаи не определялись. У 3 (15 %) пациенток из группы Б при гистологическом исследовании послеоперационного материала первичной опухоли молочной железы было выявлено наличие 4-х и более лимфоузлов с метастазами РМЖ, а в группе А таких случаев не было. Фокусы множественного рака молочной железы были верифицированы в 2 (10 %) случаях в группе Б, а в группе А таких случаев не было. Гиперэкспрессия Ki-67 > 15 % была выявлена в группе Б в 14 (70 %) случаях, а в группе А в 7 (23,3 %), ($p = 0,002$). Негативный рецепторный статус (ER-; PR-) определялся в группе Б в 7 (35 %) случаях, а в группе А в 3 (10 %) случаях ($p = 0,003$). Гиперэкспрессия HER2/neu определялась в группе Б в 6 (30 %) случаях, а в группе А в 5 (16,7 %) случаях ($p = 0,115$). РМЖ базальноподобного типа при гистологическом и ИГХ исследовании были выявлены в группе Б в 2 (10 %), а в группе А подобные неоплазии не определялись. Тройной негативный рак молочной железы с наличием иммунофенотипа (ER-; PR-; HER2/neu-) определялся в группе Б в 3 (15 %) случаях, а у пациенток из группы А данный вид рака не встречался. В группе А случаев гиперэкспрессия BRCA1 не было обнаружено, в группе Б был выявлен 1 случай гиперэкспрессия BRCA1 ($p = 0,245$). В группе Б незначительно чаще выявлялись случаи изменения показателей гемостазиограммы, характерные для гиперкоагуляции (увеличение уровня фибриногена более 4 г/л, растворимых фибрин-мономерных комплексов более $4,0 \times 10^2$ г/л, Д-димера более 400 нг/мл по сравнению с группой А — 10 (33 %) и 8 (26,7 %) ($p = 0,125$), соответственно. По сравнению с группой А, в группе Б чаще встречались случаи гиперэкспрессии Topoisomerase-II α — 11 (55 %) и 5 (16,7 %), ($p = 0,002$).

Заключение

В группе пациенток, страдавших раком молочной железы II–III стадии, у которых в течение 5 лет после радикального лечения возникали рецидивы и метастазы при иммуногистохимическом исследовании новообразования, чаще определялась гиперэкспрессия Topoisomerase-II α по сравнению с пациентками, страдавшими раком молочной железы II–III стадии, у которых в течение 5 лет после радикального лечения рецидивы и метастазы не развивались.

ЛИТЕРАТУРА

1. Змачинский, В. А. Перспективы лечения больных неблагоприятными формами рака молочной железы / В. А. Змачинский, А. А. Ус // Медицинские новости. — 2004. — № 3. — С. 14–18.
2. Arpino, G. Features of aggressive breast cancer / G. Arpino, M. Milano, S. De Placido // Breast. — 2015. — Vol. 15. — P. 129–135.
3. Topoisomerase II α Expression in Breast Cancer: Correlation with Outcome Variables / P. L. Depowski [et al.] // Modern Pathology. — 2000. — Vol. 13. — P. 542–547.
4. The BRCA1/BRCA2/Rad51 complex is a prognostic and predictive factor in early breast cancer / K. Soderlund [et al.] // Radiotherapy and Oncology. — 2007. — Vol. 84. — P. 242–251.
5. Relationship between circulating tumor cells, blood coagulation, and urokinase-plasminogen-activator system in early breast cancer patients / M. Mego [et al.] // Breast. — 2015. — Vol. 21. — P. 155–160.

УДК [615.834: 546.214]: 616.12-005.4

ЗНАЧИМОСТЬ МАГНИТО-ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Бакалец Н. Ф., Ковальчук Л. С., Ковальчук П. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Лечение артериальной гипертензии (АГ) у пожилых лиц, включая изолированную систолическую гипертензию, приводит к достоверному снижению частоты инсульта, ишемической болезни

сердца (ИБС), сердечной недостаточности и смертности. Оно должно быть индивидуализированным, комплексным, с недопустимостью полипрагмазии.

При терапии необходимо соблюдать одно из основных правил гериатрической фармакотерапии: правило малых доз антигипертензивных препаратов. Предпочтительно использование тиазидных и тиазидоподобных диуретиков, как препаратов первого ряда для лечения гипертензии у лиц старших возрастных групп как систолической АГ, так и у пациентов с изолированной систолической АГ. Альтернативой являются длительно действующие антагонисты кальция из группы дигидропиридинов, которые особенно показаны для лечения изолированной систолической АГ [2, 4]. Необходимо учитывать, что в пожилом возрасте не только сокращается граница между эффективной и опасной зоной действия медикаментов, но и сам организм становится более уязвимым к эффекту последних. Причинами этого являются особенности фармакокинетики лекарственных средств у пожилых пациентов. Поэтому повышается возможность возникновения лекарственной интоксикации, фармакологической несовместимости, повышенной чувствительности к медикаментам, особенно при необходимости их длительного применения. Все это послужило основанием к поиску, разработке и внедрению новых эфферентных методов лечения [1, 5].

Результаты экспериментальных и клинических исследований свидетельствуют, что в основе положительного влияния магнито-лазерной терапии (МЛТ) лежат несколько механизмов: восстановление кислородтранспортной функции крови, нормализация реологических свойств крови и процессов перекисного окисления липидов, активация фермента NO-синтазы с образованием окиси азота. Кроме того, МЛТ способствует повышению сократительной способности миокарда, снижению патологической вазоконстрикции коронарных сосудов, улучшению процессов реполяризации в миокарде [2, 3].

Цель

Показать эффективность медикаментозной терапии АГ у пожилых пациентов при включении в восстановительное лечение МЛТ.

Материал и методы исследования

Работа основана на анализе результатов восстановительного лечения 159 пациентов с АГ II степени, риск 2–3: 103 (64,8 %) мужчин и 56 (35,2 %) женщин в возрасте от 55 до 70 лет (средний возраст — $59,5 \pm 2,0$ года) в условиях Гомельского областного клинического госпиталя ИОВ. Длительность заболевания в среднем составила $8,5 \pm 0,5$ года. Средние цифры артериального давления (АД) составляли: систолического — $159 \pm 4,3$ мм рт. ст. и диастолического — $95 \pm 3,1$. Из сопутствующих заболеваний также отмечены хронический гастродуоденит у 47 (29,6 %) чел., сахарный диабет у 36 (22,6 %) чел., хроническая обструктивная болезнь легких — у 28 (17,6 %) чел., язвенная болезнь 12-перстной кишки и хронический гепатит — у 21 (13,2 %) и 15 (9,4 %) чел. соответственно, последствия нарушения мозгового кровообращения — у 12 (7,6 %).

Согласно дизайну исследования в зависимости от применяемой методики в восстановительном лечении АГ, данные лица были рандомизированы на 2 группы: в основной группе (ОГ), которую составили 129 чел., использовался курс надвенного магнитолазерного облучения крови (НМЛОК).

Контрольная группа (КГ) была представлена 30 пациентами с АГ без назначения курса МЛТ. Пациенты ОГ и КГ были сопоставимы по полу, возрасту, медикаментозной терапии, по основным клинико-функциональным и психологическим характеристикам.

Программа восстановительного лечения, соответствующая степени тяжести заболевания, включала медикаментозное лечение (ингибиторы АПФ, антагонисты кальция дигидропиридинового ряда, тиазидовые диуретики, β -блокаторы в индивидуально подобранных дозах, диетотерапию, аэротерапию, щадящую бальнеотерапию, лечебную гимнастику, показанные режимы движения, рациональную психотерапию.

Все процедуры НМЛОК проводились с помощью отечественного лазеротерапевтического аппарата «Люзар-МП», по предложенной методике, утвержденной МЗ РБ [2]. Продолжительность курса НМЛОК составила 12 процедур, ежедневно.

Первоначально воздействовали лазерным светом синей области спектра (5 мВт, 440 нм) при плотности мощности $120\text{--}150$ мВт/см² на кубитальную вену пациента в течение 5–7 минут. Затем красным (20 мВт, 632,8 нм) и инфракрасным (25 мВт, 780 нм) лазерами с применением магнитной насадки — источника постоянного магнитного поля (30–50 мТл). Длительность надвенного воздействия (проекция кубитальной вены) составляла от 17 до 25 мин (синий 7–10 мин, красный 10–15 мин).

Эффективность НМЛОК оценивалась на основании клинических (головная боль, головокружение, сердцебиение, боли в области сердца, доза принимаемых гипотензивных препаратов) и данных, получаемых с помощью специальных методов исследования (ЭКГ, суточное мониторирование АД — СМАД, эхокардиография для оценки гипертрофии левого желудочка, систолической и диастолической дисфункции).

Гипотензивное действие МЛТ оценивалось по степени снижения АД: снижение АД на 10 % от исходного уровня считалось адекватным и до значения 140/90 мм рт. ст. и ниже — достижением нормы. Клинико-лабораторные исследования включали определение общего анализа крови, мочи, биохимических исследований по общепринятым методикам.

Результаты анализировали методом вариационной статистики с использованием параметрического *t* критерия Стьюдента. В работе приводятся средние значения исследованных параметров в виде $M \pm m$. Достоверными считали различие при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Эффективность воздействия исследовали после 1–10, 12-й процедур. В группе пациентов, получавших МЛТ уже через 5 процедур отмечалась положительная динамика клинического состояния в виде уменьшения головной боли и болей в сердце, повышения работоспособности, улучшения общего состояния и самочувствия, что достоверно отличало этих пациентов от группы контроля. Трехнедельная курсовая терапия привела к значительному улучшению клинического состояния пациентов с АГ в ОГ в сравнении с таковым у пациентов КГ.

В группе пациентов, в комплексное восстановительное лечение которых включалась МЛТ общее состояние улучшалось уже через 3–5 дней, а снижение АД наблюдалось на 3–7 дней раньше, чем в контрольной группе. Уже через 5 сут после начала проведения МЛТ у 76 % обследованных отмечалось снижение уровней систолического и диастолического АД и частоты пульса, которые были значимыми у лиц ОГ.

Дальнейший анализ результатов по окончании курса лечения свидетельствовал, что у всех пациентов клиническая симптоматика и показатели гомеостаза по многим параметрам имели явную положительную динамику. У них общее состояние характеризовалось снижением интенсивности болевого, кардиального и неврологического синдромов или их исчезновением, значительным уменьшением астении, тревоги, улучшением сна. По данным проведенных обследований установлено достоверное улучшение общего состояния у 96 % пациентов с АГ, которое было значительным у пациентов, получавших восстановительное лечение с включением МЛТ. Так, у 38 % пациентов ОГ головные боли, головокружение, ноющие боли в области сердца полностью прекратились к концу курса восстановительного лечения, а у 80 (62 %) пациентов этой же группы отмечалась положительная клиническая динамика, что позволило снизить дозу принимаемых гипотензивных препаратов. В контрольной же группе дозу этих медикаментов удалось снизить только у 6 (20 %) человек. Кроме того, в ОГ выявлено достоверное уменьшение одышки (у 45,6 % пациентов) и нестабильности АД (у 42,5 %), а в КГ — только у 20 %.

Средние цифры систолического и диастолического АД к концу лечения составили 135 и 86 мм рт. ст. Направленность изменений средних величин диастолического АД в процессе лечения в полной степени была достоверно выраженной у пациентов с включением в восстановительное лечение МЛТ по сравнению с пациентами КГ.

Необходимо отметить, что у пациентов пожилого возраста, как правило, наблюдалась стойкость АГ, поэтому эффект МЛТ наблюдался в комплексе с гипотензивными препаратами, причем последние использовались в меньших, чем обычно, дозах. При анализе лабораторных данных у лиц основной группы отмечено благоприятное влияние МЛТ на липидный спектр крови.

Таким образом, отмеченная положительная динамика показателей АД у лиц, получавших в комплексном восстановительном лечении МЛТ, является существенным вкладом в снижение прогрессивности атеросклероза и возможных осложнений у пациентов с АГ. Проведение МЛТ в сочетании с другими физическими факторами или лекарственными средствами является эффективно значимым и способствует уменьшению дозировки последних.

Исследования ряда авторов подтверждают, что риск сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с АГ снижается пропорционально степени снижения АД независимо от исходной тяжести заболевания, возраста и пола пациентов. Особенно важно, чтобы гипотензивная терапия позволяла достигать и стабильно поддерживать АД на целевом уровне. Это позволяет добиться максимального снижения сердечно-сосудистого риска и защиты органов-мишеней. Лекарственная терапия обязательно должна сочетаться с немедикаментозными мерами, направленными на модификацию факторов риска: снижением массы тела, отказом от курения, ограничением употребления в пищу поваренной соли, алкоголя, повышением содержания в пище калия и увеличением физических нагрузок. Причем подобные рекомендации должны даваться как с целью профилактики АГ у пациентов с факторами риска и коррекции АД у пациентов низкого и среднего риска, так и на фоне лекарственной терапии для увеличения ее эффективности.

Известно, что различные современные лекарственные препараты сопоставимы по выраженности гипотензивного эффекта. Поэтому при подборе схемы гипотензивной терапии должны максимально

учитываться индивидуальные особенности пациента: пол и возраст, наличие факторов риска, поражения органов-мишеней, сопутствующих состояний и заболеваний и т.п. Вновь подчеркивается отсутствие возрастных норм АД, необходимость контроля АД у пациентов пожилого и старческого возраста, достижения его целевого уровня у этой категории пациентов.

Выводы

1. НМЛОК является высокоэффективным экономически выгодным и перспективным методом в восстановительном лечении пациентов с АГ.

2. МЛТ рекомендуется включать в комплексное лечение пациентам с АГ при сочетании с сопутствующими заболеваниями.

3. Метод МЛТ способствует положительной динамике показателей АД, что снижает прогрессивность атеросклероза, вызывает нормализацию липидограммы сыворотки крови, а также снижение дозировки гипотензивных медикаментов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сидоренко, Г. И. Перспективные направления кардиологической профилактики в Республике Беларусь / Г. И. Сидоренко // Мед. новости. — 2007. — № 9. — С. 41–43.
2. Комбинированная многоцветная магнитолазерная терапия в кардиологии / В. С. Улащик [и др.] // Инструкция по применению. Регистрационный № 163–1203. — Минск, 2003.
3. Оптимизация магнитолазерной терапии у больных хронической ИБС / В. Н. Филипович [и др.] // Мед. новости. — 2006. — № 2. — С. 159–161.
4. Шальнова, С. А. Артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца в реальной практике врача-кардиолога / С. А. Шальнова, А. Д. Деев, Ю. А. Карпов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2006. — № 5 (2). — С. 73–80.
5. Evaluation of a cardiac prevention and rehabilitation program for all patients at first presentation with coronary artery disease / K. F. Fox [et al.] // J. Cardiovasc. Risk. — 2002. — Vol. 9, № 6. — P. 355–359.

УДК 616.12-008.46-036.12-08-039.57

АНАЛИЗ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Бакалец Н. Ф., Проневич А. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Актуальность проблемы хронической сердечной недостаточности (ХСН) для здравоохранения Республики Беларусь обусловлена распространенностью патологии и значительными экономическими потерями, обусловленными тяжелым течением заболевания, требующим повторных госпитализаций, ранним выходом на инвалидность и высоким уровнем смертности. Согласно эпидемиологическим данным, ХСН, как осложнение большинства сердечно-сосудистых заболеваний, особенно артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС), встречается у 4 % населения, удваиваясь по декадам прожитых лет, начиная с 60-летнего возраста [1]. Ежегодно регистрируется 300 новых больных хронической сердечной недостаточностью на 100 тыс. населения, распространенность ХСН в европейской популяции достигает 2 %, в США — 2,2 %, а в России — 6 % [2]. Основным стратегическим направлением в эффективном лечении больных с ХСН, улучшении качества их жизни, снижении смертности и prolongации жизни пациентов является выявление ранних стадий заболевания. Лечение пациентов именно со скрытой формой ХСН, независимо от степени дисфункции миокарда, является наиболее перспективным подходом к предупреждению прогрессирования ХСН и ранней смертности пациентов [3]. Доля таких пациентов в структуре ХСН составляет до 70 %, и именно эта категория больных находится вне поля зрения врачей практического здравоохранения, хотя смертность этой категории больных составляет 10–12 % в год. Одной из возможных причин несоответствия доказанной высокой эффективности современных лечебных технологий и сохраняющегося в популяции высокого уровня смертности больных с ХСН является низкая приверженность пациентов предписанному терапевтическому режиму и отсутствие строгого выполнения врачебных рекомендаций, касающихся диеты и образа жизни.

Цель

Провести анализ амбулаторного лечения пациентов с ХСН.

Материал и методы исследования

На базе терапевтического отделения филиала № 2 ГУЗ «Гомельская центральная городская поликлиника» был проведен анализ амбулаторного лечения 60 пациентов с хронической сердечной не-