

нижней поллой вене дефектов не обнаружено. Консультация ангиохирурга: острая тромбоэмболия ветвей лёгочной артерии, установка кавафилтра не показана ввиду тяжести состояния больного, рекомендована тромболитическая и антикоагуляционная терапия. 5.03.2012 г. в 17.00 больному внутривенно введено 10000 Ед препарата «метализе». Отмечалось появление кровотечения из мест установки дренажей и подключичного катетера. Через сутки состояние больного стабилизировалось, в течение 5 дней получал массивную инфузионную, антибактериальную терапию, фрагмин до 18 тыс.ед.в сутки. 11.03.2012 г. выполнена повторная КТ грудной клетки: определяются инфаркты в обоих лёгких от 1,5 до 3,0 см, заключение – двусторонняя инфаркт-пневмония. Продолжена консервативная противовоспалительная терапия. 12.03.2012 г. больной переведён в профильное отделение урологии. 29.03.2012 г. (58-е сутки послеоперационного периода) выполнена контрольная КТ-ангиопульмонография, КТ органов брюшной полости и малого таза: имеется выраженная (+)динамика по лёгким за счёт уменьшения количества воспалительных очагов; органы брюшной полости без патологии; дефектов наполнения НПВ и подвздошных сосудов не определяется. У больного удалены все дренажи и уретральный катетер, восстановилось самостоятельное мочеиспускание. Выписан 30.03.2012 г. на 70-е сутки послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии. Рекомендован длительный приём плавикса.

Выводы.

На основании первого успешного опыта лечения ТЭЛА считаем целесообразным проводить немедленное специальное обследование пациентов с клиникой ТЭЛА. Успех лечения зависит не только от массивности распространения тромботических осложнений, но и от быстрых слаженных действий хирурга, реаниматолога, рентгенолога.

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ HER-ПОЗИТИВНОГО РМЖ

О.В. Лысенко, Е.С. Мажарова, Т.Н. Коробкова

Амурская ГМА, г. Благовещенск
Амурский ООД, г. Благовещенск

Примерно у 25% больных раком молочной железы обнаруживается избыточное количество, или гиперэкспрессия белка HER2. Рак мо-

лочной железы с повышенным содержанием (амплификацией) гена HER2 или повышенной выработкой (оверэкспрессией) рецептора HER2 называется HER2 позитивным. Так вот, у 25% пациентов с раком молочной железы ген HER2 работает "сверх меры" и производит слишком много одноименных рецепторов, в результате клетка получает команды на усиленное деление и начинает расти и размножаться неконтролируемым образом. Существуют четыре способа определения HER2 статуса рак молочной железы: иммуногистохимия, FISH, SPoT-Light HER2 CISH, Inform HER2 Dual ISH. Иммуногистохимия (ИГХ) – это наиболее дешевый и наименее точный способ определения HER2 статуса. Результаты ИГХ HER2- статуса рака молочной железы интерпретируют следующим образом: 0- HER2 – отрицательный рак молочной железы, лечение Герцептином не показано; 1+ или + HER2 - отрицательный рак молочной железы, возможно проведение дополнительного FISH исследования для перепроверки HER2 статуса; 2+ или ++: пограничное значение, неясный случай, обязательна перепроверка HER2 статуса с помощью FISH исследования; 3+ или +++: HER2 – положительный рак молочной железы, показано лечение Герцептином. HER2 – позитивный рак молочной железы отличается агрессивным течением, растет и распространяется быстрее, чем HER2 негативный рак молочной железы. С другой стороны, для лечения HER2 позитивного рака молочной железы существуют специфические препараты (Герцептин), не эффективные в случае HER2 негативного рака молочной железы. HER2-положительные опухоли менее чувствительны к некоторым противоопухолевым препаратам, используемым в стандартной терапии рака молочной железы. Кроме того, доказано, при лечении HER2 положительной опухоли стандартной терапией (первая линия химиотерапии – антрациклины, таксаны) увеличивается экспрессия данного протоонкогена. Следовательно, быстрее наступает прогрессия заболевания не смотря на проводимую стандартную химиотерапию. Таргетная терапия Герцептином позволяет избежать ранней прогрессии путем блокирования HER2 new – рецепторов. В сферу исследования были взяты 235 случаев пролеченных больных с РМЖ с обязательным наличием ИГХ. По возрасту данная группа больных распределилась следующим способом: до 40 лет – 34 (14%); 40-60 лет – 148 (63%); старше 60 лет – 53 (23%), всего – 235 (100%). Таким образом, основной контингент обследуемых включил пре- и пере-

менопаузальную группу больных, и тем не менее 14% составили пациентки активного репродуктивного возраста. Характеристика исследуемых больных РМЖ по стадиям: I стадия ($T_1N_0M_0$) – 22 человека (8,5%); II А-Б ($T_0N_1M_0$, $T_{1-2}N_1M_0$, $T_{2-3}N_0M_0$) – 143 человека (61%); III А ($T_1N_2M_0$, $T_2N_2M_0$, $T_3N_{1-2}M_0$) – 41 человек (17%); III Б ($T_4N_{0-2}M_0$) – 4 человека (2%); III С ($T_{\text{люб}}N_0M_0$) – 24 человека (11%); IV ($T_{\text{люб}}N_{\text{люб}}M_1$) – 1 человек (0,5%). Таким образом, основной контингент составили больные с локо-региональной стадией – 61%. Характеристика больных РМЖ по морфологическим формам РМЖ: низкодифференцированный рак – 53 (23%); недифференцированный рак – 165 (70%); высокодифференцированный рак – 17 (7%). Ретроспективный анализ морфологических заключений показал, что большинство опухолей имеет недифференцированное строение (70 %), что характеризует неблагоприятный прогноз течения РМЖ. Распределение больных в зависимости от рецепторного статуса опухоли: ЕР (+), ПР (+) – 165 (70%), ЕР (+), ПР (-) – 13 (6%), ЕР (-), ПР (+) – 39 (16%), ЕР (-) ПР (-) – 18 (8%), всего – 235; HER 2/ neu(+) – 47 (20%), HER 2/ neu(-) – 188 (80%); HER 2/ neu (-), ЕР (-), ПР (-) – 14 (6%). Из 235 исследуемых больных с HER-позитивным РМЖ 47 человек (20%). Характеристика больных по возрасту: до 40 лет – 5 (11%), 40 – 60 лет – 29 (62%), старше 60 лет – 13 (27%). Отвечает общей возрастной тенденции заболевания – пре- и перименопаузальный рак. Характеристика больных с HER-позитивным РМЖ по стадиям: I стадия ($T_1N_0M_0$) – 6 человек (13%); II А-Б ($T_0N_1M_0$, $T_{1-2}N_1M_0$, $T_{2-3}N_0M_0$) – 30 человек (64%); III А ($T_1N_2M_0$, $T_2N_2M_0$, $T_3N_{1-2}M_0$) – 4 человека (8%); III Б ($T_4N_{0-2}M_0$) – 2 человека (4%); III С ($T_{\text{люб}}N_0M_0$) – 5 человек (11%); IV ($T_{\text{люб}}N_{\text{люб}}M_1$) – нет. Не выявлено привязанности этого типа РМЖ к какой-то конкретной стадии, т.к. по-прежнему превалирует локо-региональный РМЖ. Характеристика больных с HER-позитивным РМЖ по морфологическим формам: низкодифференцированный рак – 13 (28%); недифференцированный рак – 29 (62%); высокодифференцированный рак – 5 (10%), всего – 47. Таким образом, и морфологическая характеристика РМЖ не имеет четкой корреляции с HER-позитивностью, хотя отмечена в группе высокодифференцированного рака наибольшее соотношение. Все исследуемые с HER-позитивным РМЖ без исключения в послеоперационном периоде получали Герцептин. У 8 больных после окончания лечения наблю-

далось прогрессирование заболевания: mts в головной мозг (n=2); mts легкие (n=2); mts в кости (n=2); mts в область п/о рубца (n=1); mts в надключичные лимфоузлы с противоположной стороны (n=1). Для сравнения была взята контрольная группа, состоящая так же из 47 пациенток с подобной стадией заболевания, возрастом, но с HER- негативным статусом, т.е. не получавшие лечение Герцептином. В этой группе прогрессирование отмечено у 3 больных. Объем оперативного лечения: РМЭ по Пейти – 42, РМЭ по Холстеду – 5, всего – 47. Следует отметить, что из 47 исследуемых с HER-позитивным РМЖ в 6 случаях в послеоперационном периоде была изменена стадия заболевания, причем в сторону утягощения, хотя поражение л/узлов должно устанавливаться на дооперационном периоде: II в III – 2; IIIА в IIIС – 1; IIIВ в IIIС – 2; III в IV – 1, всего – 6. Для определения одногодичной летальности и одногодичной безрецидивной и безметастатической выживаемости, рассматривались те же группы: I гр – 47 больных с HER позитивным РМЖ; II гр – 47 больных – контрольная группа с подобной стадией РМЖ и HER негативным РМЖ. Учитывая результаты исследования: одногодичная летальность в I группе с HER позитивным РМЖ составила 11% (5 человек), т.е. в 2,5 раза превышает II группу с HER негативным РМЖ – 4% (2 человека), а безрецидивная и безметастатическая выживаемость выше во II группе – 85% (40 человек), чем в группе с HER негативным РМЖ – 75% (35 человек), что объясняется тенденцией HER позитивного РМЖ к более агрессивному течению заболевания и более быстрому прогрессированию после стандартных методов лечения.

Выводы:

Сохраняется комплексный подход к оценке факторов прогноза, так важнейшими прогностическими факторами в течении опухолевого процесса остаются наличие и число пораженных лимфоузлов, размеры первичной опухоли, степень дифференцировки опухоли, возраст больной и состояние ее менструальной функции, содержание рецепторов эстрогенов и прогестерона в опухоли, а также гиперэкспрессия her-2-neu; Возможности ИГХ идентификации опухоли во многих случаях решают вопрос выбора между двумя методами химиотерапией и гормонотерапией. В тех случаях, когда данные о гормональной зависимости опухоли отсутствуют, нужно учитывать, что кандидатами для химиотерапии, в первую очередь, являются больные, не имеющие признаков гормоночув-

ствительности. Лечение должно планироваться индивидуально с учетом характера опухолевого процесса, его молекулярно-биологических свойств, общего состояния пациентки, возраста, эффективности и токсичности предшествующего противоопухолевого лечения; применение Герцептина в сочетании с современными режимами химиотерапии и гормонотерапии позволяет положительно влиять на естественное течение процесса, значительно снижая риск рецидива при раннем РМЖ и существенно повышая непосредственные (частоту объективных эффектов) и отдаленные (время до прогрессирования и продолжительность жизни) результаты лечения при распространенной болезни.

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИИ

*А.Б. Нагыманова, К.М. Оспанова, А.И. Кокошко,
Ж.Т. Смаилов, А.Ю. Зинков, А.А. Шмидт*

Медицинский Университет, г. Астана, Казахстан

Гемодиализация (ГДФ) была создана с целью найти оптимальную схему лечения для больных с терминальной ХПН. Впервые данный метод описали и применили Henderson и Leber в 1978 г. Но прошло не мало времени, как ГДФ превратилась в привычную процедуру, технология которой не более сложная, чем стандартный гемодиализ (ГД). В настоящее время ГДФ все более обширнее входит в практику врача гемодиализа. Проводится не мало исследований, чтобы доказать эффективность ГДФ в сравнении со стандартной процедурой гемодиализа. Все это делается на базе лабораторных показателей или других инструментальных методов, но меньшее внимание было уделено самим пациентам и их субъективной оценке эффективности данных процедур. Половина из них с одобрением переходят на гемодиализацию, а кто-то все также с недоверием продолжает принимать сеансы гемодиализа. Критерии преимущества или недостатков модификаций диализа со слов самих больных не были приняты во внимание при оценке эффективности ГДФ в сравнении с ГД и их влияние на показатели качества жизни.

Цель исследования: на основании опроса больных находящихся на заместительной почечной терапии о их субъективных ощущениях, оценить эффективность применения

ГДФ, выявить преимущества или недостатки при сравнительном анализе ГД и ГДФ.

Материалы исследования.

Обследовано 18 человек, из них 7 женщин и 11 мужчин. Средний возраст больных $45,7 \pm 12,5$ лет. Данные пациенты получали заместительную почечную терапию в течении $53,6 \pm 12,4$ месяцев в виде гемодиализа (ГД) в режиме 12 часов в неделю и были переведены на ГДФ с 1 июля 2012 года, в режиме 12 часов в неделю, с применением тех же высокопоточных диализаторов. Так же, данные пациенты получали базисную гипотензивную терапию без изменений в течении 6 месяцев до ГДФ и после перехода на ГДФ.

Методы исследования: опрос, анкетирование.

Результаты и обсуждение.

На повышение АД при гемодиализе жаловалось 90% опрошенных при этом при переходе на ГДФ отмечалась положительная динамика, на незначительные колебания АД жаловалось уже 50% опрошенных и в большей степени было связано с излишним объемом. Выраженность зуда (оценка зуда проводилась по совокупности характеристик, по 5-тибальной шкале) при стандартной процедуре гемодиализа носила интенсивный характер (4-5 баллов) у 88,8% пациентов, но на процедуре ГДФ интенсивность зуда была незначительной и отмечалась лишь у 16,6% (1-2 балла). После процедур ГД 66,6% опрошенных беспокоила головная боль, в то время как после ГДФ головная боль встречалась у 38,8%. 22,2% жаловались на тошноту во время ГД, но при переходе на ГДФ таких жалоб не выявлялось. Судорожный синдром был отмечен у 50% больных на ГД и 1% на гемодиализации. В целом пациенты дают положительную субъективную оценку, отмечая более благоприятное влияние процедуры гемодиализации на переносимость заместительной почечной терапии и качество жизни.

Выводы:

1. Использование ГДФ у пациента способствует снижению количества синдиализной гипертензии.

2. ГДФ способствует уменьшению выраженности зуда, а так же диспепсических расстройств,

3. Заместительная почечная терапия- ГДФ хорошо переносится больными и характеризуется возрастанием показателей качества жизни.

Практические рекомендации:

1. Положительные эффекты ГДФ, позволяют рекомендовать данный метод как способ