

ционар. У одного пациента диагноз был установлен при обследовании в стационаре. Среди обследуемых преобладали мужчины 60%. Средний возраст пациентов составил $39,5 \pm 9,7$ лет. Большинство пациентов имели IVБ стадию заболевания (6 человек). III стадия у 3 человек, IVA стадия – один человек, V стадия – один человек. Во всех случаях отсутствовала ВААР-терапия, средняя продолжительность заболевания от момента выявления до настоящего обследования составила $7,25 \pm 7,5$ лет. Первичный нейроСПИД встречался у 40% ($n = 4$), во всех случаях наблюдалась ВИЧ-энцефалопатия. Неврологический осмотр этих пациентов выявляет пирамидную недостаточность 75%, поражения ЧН 25%, нарушения чувствительности 50%, вестибуло-атактический синдром 25%, рефлексы орального автоматизма 75%. У обследуемых доминировали когнитивные нарушения, характеризующиеся замедлением психомоторных процессов, невнимательностью и снижением памяти, что подтверждают данные тестирования. Средний балл по «Монреальской шкале оценки когнитивных функций» составляет 22 балла (max 26 балла, min 17 баллов), при норме 26 и более баллов. Среднее время выполнения пробы Шульте $43,7 \pm 11,9$ сек (max 59 сек, min 32 сек) (N 25-30 сек).

Заключение. Вторичный нейроСПИД встречался у 60% ($n = 6$). У 3-х пациентов установлен диагноз церебральный токсоплазмоз, у 2-х пациентов – прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия, у 1 пациента – объемное образование головного мозга. В неврологическом статусе

отмечались общемозговые симптомы 100%, гемипарез 83,3%, центральный парез VII пары ЧН 66,7%, слабость конвергенции 100%, гемигипестезии 66,7%, атактический синдром 100%, которые сопровождались снижением интеллекта. Средний балл по MoCa составляет 13,5 (max 20 балла, min 8 баллов). Согласно обследованию, есть нарушения во всех когнитивных сферах. Среднее время выполнения пробы Шульте $86,5 \pm 27,5$ сек (max 124 сек., min 55 сек.). У всех пациентов снижение когнитивных функций сочетается с эмоционально-поведенческими нарушениями. Таким образом, у большинства пациентов с ВИЧ-инфекцией наблюдается полиморфная неврологическая патология с когнитивным дефицитом, при этом у лиц с вторичным нейроСПИДом отмечаются более грубые когнитивные нарушения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Густов А. В. и др. Клинические варианты поражения нервной системы при ВИЧ-инфекции // Современные технологии в медицине. 2010. Т. 3. С. 61-65.
2. Хронические нейроинфекции / под ред. И. А. Завалишина и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 592 с.
3. Яковлев Н. А. и др. Нейроспид: неврологические расстройства при ВИЧ-инфекции: Учебное пособие. М.: МИА, 2005. 278 с.

Сведения об авторе

Жукова Елена Евгеньевна, ординатор ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень.

Зеленина А. В., Федоров Н. М.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Рак молочной железы распространённая форма в мире, с научной точки зрения самая изучаемая форма рака. Успех лечения зависит от стадии болезни. Возникновение опухоли обусловлено сложным взаимодействием между системами организма, которые воздействуют на трансформированные под влиянием различных канцерогенов клетки.

Ключевые слова: рак молочной железы, химиотерапия, таргетная терапия, гормонотерапия, HER2 статус.

Актуальность. Среди онкологических заболеваний у женщин рак молочной железы (РМЖ) – занимает первое место у женщин и является частой причиной смерти. Основная причина смерти от РМЖ – прогрессирование заболевания с возникновением отдаленных метастазов. Химиотерапия и гормонотерапия играют существенную роль в комплексном лечении рака молочной железы практически при всех стадиях заболевания. Это объясняется особенностями данной опухоли – даже на ранних стадиях заболевания велик риск существования отдаленных микрометастазов, особенно при наличии факторов риска (поражении подмышечных лимфоузлов, отрицательных рецепторах эстрадиола и прогестерона, гиперэкспрессии Her-2/neu и т. д.) [1-4]. Применение адъювантной химио- и гормонотерапии значительно улучшило результаты лечения операбельного рака молочной железы. При

запущенном раке молочной железы химиотерапия и гормонотерапия являются основными методами лечения, позволяющими значительно продлить жизнь больного и улучшить ее качество. У 10-25% женщин с диссеминированным раком молочной железы возможно достижение полной регрессии опухоли с длительным безрецидивным периодом [6-8].

Химиотерапия, или медикаментозное лечение рака молочной железы, применяется до, после и даже вместо хирургического лечения в тех случаях, когда оно невозможно. Химиотерапия – это введение особых токсинов, воздействующих на клетки опухоли. Курс химиотерапии может продолжаться от 3 до 6 месяцев и обычно начинается сразу же после хирургического вмешательства. Для химиотерапии применяются различные препараты – одни разрушают белки, которые контролируют развитие

опухолевых клеток, другие встраиваются в генетический аппарат раковой клетки и вызывают ее гибель, третьи замедляют деление пораженных клеток [5]. Химиотерапия имеет несколько видов проведения, которые зависят от тяжести заболевания:

- неоадьювантная химиотерапия при раке молочной железы – назначается так вид лечения, как правило, до проведения операции. Направлен данный вид химии на остановки и блокировку раковых клеток. Необходимо это для полного удаления злокачественной опухоли;
- адьювантная химиотерапия при раке молочной железы. Используют адьювантную химиотерапию преимущественно после операции при раке молочной железы, а так же в качестве профилактики. Наиболее востребован данный вид терапии при операбельном раке груди. Так же имеются случаи назначения адьювантной химиотерапии до начала оперативного вмешательства. Плюсом данного вида лечения считается определение чувствительности опухоли к химиопрепаратам. Ну а недостатком, считается, что проведение этого вида химии значительно затягивает хирургическое вмешательство, так как в некоторых случаях возникают трудности с определением гистологического типа опухоли. Так же не обойтись и без проблем с определением рецепторов к эстрогенам и прогестерону.
- лечебная химиотерапия при раке груди. Назначение данного вида терапии преимущественно на 3 и 4 стадии, когда злокачественная опухоль более крупного размера и присутствуют отдаленные метастазы;
- профилактическая химиотерапия – проводится с целью профилактики рецидивов рака молочной железы [4].

Хирургический метод лечения доминирует, и в зависимости от объема удаляемых тканей различают следующие варианты операций:

- радикальная мастэктомия по Холстеду – удаление пораженной молочной железы вместе с большой и малой грудными мышцами и их фасциями, подключичной, подмышечной и подлопаточной жировой клетчаткой с лимфатическими узлами;
- расширенная подмышечно-грудная радикальная мастэктомия предусматривает одноблочное удаление молочной железы с грудными мышцами или без них, подключично-подлопаточной и подмышечной жировой клетчаткой, а также с парастеральными лимфатическими узлами и внутренними грудными сосудами, для удаления которых резецируют два-три реберных хряща по парастеральной линии. Показанием к расширенной мастэктомии является рак, расположенный во внутренних и центральном отделах молочной железы при I, IIA, IIB стадиях. Выявление во время мастэктомии множественных подмышечных метастазов делает иссечение парастеральных лимфатических узлов нецелесообразным, так как это не влияет на прогноз заболевания;
- модифицированная радикальная мастэктомия по Пэйти-Дайсону отличается от мастэктомии Холстеда сохра-

нением большой грудной мышцы или обеих грудных мышц. Обоснованием для оставления грудных мышц явилась редкость наблюдений прорастания их опухолью. При оставлении мышц мастэктомия протекает менее травматично и с меньшей кровопотерей, послеоперационная рана лучше заживает;

- мастэктомия с подмышечной лимфаденэктомией может быть, как радикальным, так и паллиативным оперативным вмешательством. Показанием к такой операции являются начальные (I-II A) стадии заболевания при локализации опухоли в наружных квадрантах молочной железы у пожилых ослабленных больных с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями;
- секторальная резекция молочной железы как самостоятельный метод лечения при раке молочной железы не имеет обоснования к выполнению. Она возможна при одиночных очагах неинвазивного (in situ) рака. До последнего времени онкологи, занимающиеся проблемой лечения рака молочной железы, обращали внимание только на показатели 5-и и 10-летней выживаемости. Мало кто обращал внимание на то, что для большинства больных излечение от рака достигается путём выполнения калечащих операций, какими являются мастэктомии Холстеда и (в меньшей степени) Пэйти-Дайсона. Подобные операции имеют существенный недостаток – потерю молочной железы, которая у многих, особенно молодых женщин, приводит к тяжёлой психологической травме, нередко пагубно влияя на всю её дальнейшую жизнь. Этот фактор явился одним из основных мотивов к разработке новых подходов к лечению рака молочной железы, связанных с уменьшением объема оперативного вмешательства на молочной железе, разработке органосохраняющей операции – радикальной резекции молочной железы – в плане комбинированного или комплексного лечения. Операция заключается в удалении сектора ткани молочной железы с опухолью, отступая от её краёв не менее чем на 3 см, в едином блоке с жировой клетчаткой подмышечной, подлопаточной и подключичной областей с лимфатическими узлами.

Заключение. При этих операциях, исходя из эстетической целесообразности, необходимо сохранение не менее двух третей объема железы. Для выполнения подобных операций важно соблюдать критерии отбора больных. Основными критериями являются: I и IIA стадии заболевания, размер опухоли не более 3 см в наибольшем измерении, медленный темп. Тактика лечения и диагностика зависит от следующих неблагоприятных прогностических факторов: стадии заболевания, возраст до 35 лет, отсутствие в ткани опухоли рецепторов эстрогена и прогестерона, гиперэкспрессия онкогена HER2/neu.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гольдман Ю. И., Царёв О. Н. Эволюция хирургического лечения рака молочной железы // Академический журнал Западной Сибири. 2016. Том 12, № 4. С. 42-46.
2. Дашков А. В. Первично-множественный рак молочной железы, особенности течения // Академический журнал Западной Сибири. 2017. Том 13, № 3. С. 39-44.

3. Каприна А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2016 году. М.: «МНИОИ им. П. А. Герцена», 2017. 200 с.
4. Булынский Д. Н., Яйцев С. В., Васильев Ю. С. Маммология. Челябинск, 2008. 76 с.
5. Онкология. Национальное руководство / Под ред. В. И. Чисова, М. И. Давыдова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.
6. Федоров Н. М. и др. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований населения Тюменской области в 2017 году // Академический журнал Западной Сибири. 2018. Том 14, № 5 (76). С. 12.
7. Фёдоров Н. М., Налётов А. А., Подгальная Е. Б., Смирнов В. О. Эпидемиология рака молочной железы в Тюмен-

ской области // Университетская медицина Урала. 2016. Т. 2, № 4 (7). С. 34-36.

8. Федоров Н. М. и др. О состоянии маммологической помощи в Тюменской области // Университетская медицина Урала. 2016. Т. 2, № 4 (7). С. 36-38.

Сведения об авторах

Зеленина Алена Владимировна, ординатор ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень.

Федоров Николай Михайлович, к. м. н., доцент кафедры онкологии с курсом урологии ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень.

Зиндобрая Л. В., Фирсенко Н. П., Чикаренко Е. И..

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень

ПЕРЕЧЕНЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫХ И ВАЖНЕЙШИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, КАК ИНСТРУМЕНТ РЕГУЛИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В статье приведена сравнительная характеристика перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов за определенный период, современные подходы к его формированию, роль в лекарственном обеспечении населения, а также некоторые исторические аспекты создания его.

Ключевые слова: ассортимент, лекарственные препараты, лекарственное обеспечение, государственная помощь, стандарты медицинской помощи.

Актуальность. Повышение доступности населения и системы здравоохранения в безопасных, качественных и эффективных лекарственных препаратах является целью государственной политики в области лекарственного обеспечения. Определены задачи по дальнейшему совершенствованию формирования перечней лекарственных средств, обеспечение которыми осуществляется в рамках государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и государственной социальной помощи для выполнения поставленной цели [3]. При формировании перечня (ЖНВЛП) в Российской Федерации принимаются во внимание такие факторы, как: предоставление информации об эффективности и безопасности, особенностях фармакологического действия конкретного лекарственного препарата при определенной нозологии, синдроме или клинической ситуации, его терапевтической эквивалентности лекарственным средствам с аналогичными механизмами воздействия на организм, уровень доказательности эффекта, а также государственная регистрация предельных отпускных цен производителей ЛП. Исключение, а также включение дополнительных наименований некоторых препаратов из перечня ЖНВЛП в процессе формирования, также требует уточнения лекарственных форм по каждому наименованию [9-11]. В последнее время отмечается стремительный рост цен на лекарственные средства, входящие в данный перечень ЖНВЛП, что определяет научно-практическую значимость исследования причин и факторов этого процесса. Удорожание лекарственных препаратов волнует как органы

государственного надзора и контроля в сфере здравоохранения, так и население [4, 5].

Цель. Исследование перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) за определенный период, влияние перечня на процессы государственного регулирования фармацевтической деятельности.

Материалы и методы. При выполнении научной работы использовались следующие методы анализа: графический, ситуационно-логический, контент-анализ, а также системный подход.

Результаты. ВОЗ к ЖНВЛП относит лекарственные препараты, учитывая данные их безопасности, действенности, сравнительной экономической эффективности, а также берет во внимание распространенность заболеваний и приоритетные потребности населения в области здравоохранения [8]. Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» в системе лекарственного обеспечения впервые закрепил понятие «жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты». Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, обеспечивающий приоритетные потребности здравоохранения в целях профилактики и лечения заболеваний, в том числе преобладающих в структуре заболеваемости в Российской Федерации ежегодно утверждается Правительством РФ [1]. Постановлением Правительства РФ определен особый порядок формирования и утверждения перечня ЖНВЛП, учитывая важный фактор приоритетности данного перечня. С принятием