

выявлено статистически достоверной зависимости его содержания от возраста, индекса массы тела, функционального состояния печени и наследственности.

При изучении наследственного фактора и его реализации через изменение уровня половых гормонов у мужчин с РГЖ достоверной корреляционной связи не выявлено.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Акимов О. В. Митотический режим рака молочной железы у мужчин // Вопросы онкологии. – 1992. – Т. 38. – С. 699–704.
2. Бернштейн Л. М. Гормональный канцерогенез. – СПб: Наука, 2000. – 199 с.
3. Герасимов Е. И. Содержание тестостерона и липопротеидов различных классов в плазме крови мужчин // Кардиология. – 1978. – № 3. – С. 60–66.
4. Дедов И. И., Мельниченко Г. А., Фадеев В. В. Эндокринология. – М.: Медицина, 2003. – 432 с.

5. Летягин В. П. Опухоли молочных желез у мужчин // Маммология. – 2006. – № 2. – С. 13–16.

6. Рак молочной железы у мужчин / В. Ф. Семиглазов (и др.) // Фарматека. – 2010. – № 6. – С. 40–45.

7. Юнда И. Ф. Эндокринная диагностика при болезнях половых органов и половых расстройствах у мужчин: Метод. рек. / И. Ф. Юнда, Л. П. Имшинецкая. – Киев, 1997. – 21 с.

8. Braunstein G. D. Senile gynecomastia and cancer of the male breast // Endocr. relat. cancer. – 1999. – Vol. 6. № 2. – P. 315–324.

9. Martin A. M. Genetic and hormonal risk factors in breast cancer / A. M. Martin, B. L. Weber // J. natl. cancer. inst. – 2000. – Vol. 92. – P. 1126–1135.

10. Xciarra A. Role of testicular tumors is in development hormonal displazia of chest glands at men / A. Xciarra, P. Casale, S. Di-Nicola et al // Minerva urol. nefrol. – 1998. – Vol. 50. № 4. – P. 225–231.

Поступила 17.10.2013

**А. А. БЕССОНОВ, Н. Г. ТИМОХИНА, О. Б. НЕСКУБИН, В. Н. АЛИПА**

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СЕНИЛЬНЫХ МАКУЛОДИСТРОФИЙ

*Сочинский «Глазной центр», глазное отделение 4-й горбольницы,  
Россия, 354065, Краснодарский край, г. Сочи, ул. Чайковского, 2б;  
тел. 8-9628841995. E-mail: oftdokt@mail.ru*

Комплексное лечение сенильных макулодистрофий, состоящее из паравазального введения ретиналамина в комплексе с лазер-магнитостимуляцией, эффективнее традиционных методов терапевтического лечения.

*Ключевые слова:* сенильная макулодистрофия, паравазальное введение ретиналамина, лазер- и магнитостимуляция.

**A. A. BESSONOV, N. G. TIMOKHINA, O. B. NESKUBIN, V. N. ALIPA**

### EXPERIENCE OF APPLICATION OF COMPLEX TREATMENT OF SENILE MACULAR DEGENERATION

*Sochi «Eye center», ocular department of the 4th city hospital,  
Russia, 354065, Krasnodar region, Sochi, str. Chaykovskogo, 2b; tel. 8-9628841995. E-mail: oftdokt@mail.ru*

Comprehensive treatment of senile macular degeneration, which consists of the introduction of paravasal retinalamine in conjunction with laser-magnitostimulyatsiy more efficient than traditional methods of therapeutic treatment.

*Key words:* senile macular degeneration, paravazalno introduction retinalamine, lasers and magnitostimulyatsiya.

Сенильные макулодистрофии составляют, по данным различных авторов, от 46% до 76,5%. Неуклонный рост заболеваемости, распространенность, инвалидизация трудоспособного населения позволяют подчеркнуть социальную значимость ИЦХРД.

На сегодняшний день рассматривается одно из направлений лечения таких пациентов, как комплексная терапия, направленная на улучшение питания, кровоснабжения и стимуляцию оставшихся жизнеспособных клеток сетчатки.

Цель исследования – оценить эффективность применения комплексной терапии, состоящей из подкожного введения в височную область пептидного препарата ретиналамина, воздействия на сетчатку терапевтического лазерного излучения и одновременного воздействия на глаза вращающегося магнитного поля.

#### Материалы и методы

Исследование проведено на базе «Глазного центра доктора Бессонова» и офтальмологического отделения 4-й горбольницы г. Сочи.

Представляем результаты исследования трёх групп пациентов (125 больных с ИЦХРД 1, 2 и 3-й стадий). Группы сопоставимы по возрасту, стадиям и клиническим проявлениям заболевания у пациентов, из них 81 женщина и 39 мужчин, средний возраст 63,1 года. Средняя длительность заболевания – 2 года 10 месяцев.

Контрольная группа – 60 больных, получавших стандартный курс терапии (эмоксипин 1%-ный 0,5 мл субконъюнктивально, кавинтон 2,0 внутривенно и др.) в течение 10 дней. Основная – вторая группа пациентов (75 человек) получала лечение ретиналамином по 5 мг подкожно височно (далее в тексте – паравазально) и

стандартный курс физиотерапии: лазер- и магнитостимуляция одновременно.

Для физиопроцедур использовались лазерный офтальмологический аппарат ЛОТ-2 и магнитотерапевтический прибор «Магнолия».

Исследовали остроту зрения, изменения полей зрения, динамику офтальмоскопических изменений глазного дна, определение порога электрического фосфена, лабильности и КЧСМ. Контрольными сроками были 11-й и 30-й дни от начала терапии.

### Результаты исследования и их обсуждение

Острота зрения без коррекции до лечения у больных основной группы составила  $0,41 \pm 0,23$ , после курса лечения она увеличилась на 8,1% от исходного уровня и составила  $0,57 \pm 0,31$ . Улучшение зрения отмечено у 68% больных. При осмотре через 1 месяц отмечалось дальнейшее повышение остроты зрения на 4,7%, до  $0,51 \pm 0,22$ . Суммарное повышение остроты зрения составило 12,8% от исходной.

На динамику остроты зрения существенное влияние оказывали стадии развития ИЦХРД, а также возраст пациентов. Пациенты с начальными стадиями заболевания в возрасте от 36 до 45 лет оказались более восприимчивыми к лечению и давали быстрое и стойкое повышение остроты зрения. В этой возрастной группе повышение остроты зрения на 0,2—0,3 отмечено в 50% наблюдений. С увеличением возраста пациентов и выявлением более выраженного дистрофического процесса уменьшалось количество глаз, в которых регистрировали значительное повышение остроты зрения.

### Влияние проводимой терапии на динамику остроты зрения у пациентов, страдающих ИЦХРД

Срок наблюдения	Контрольная группа	Основная группа
До лечения	$0,43 \pm 0,33^*$	$0,41 \pm 0,23^*$
По окончании	$0,46 \pm 0,1^*$	$0,58 \pm 0,32^*$
Через 1 месяц	$0,4 \pm 0,13^*$	$0,57 \pm 0,31^*$

Примечание: \* –  $p < 0,005$ .

В контрольной группе исходная острота зрения составляла  $0,43 \pm 0,33$ , а после стандартного курса лечения отмечено повышение на 0,03 (6,6%) – до  $0,46 \pm 0,1$ , но при осмотре через 1 месяц вновь снижение остроты зрения на 0,13 (13% от исходного) – до  $0,4 \pm 0,13$ . Кроме того, в 30% (30 глаз) случаев вообще не произошло повышения остроты зрения. У двух пациентов (4 глаза) на фоне лечения выявлена отрицательная динамика, и острота зрения снизилась на 0,1.

Наиболее значимое повышение остроты зрения отмечено во второй – основной группе. Через 30 дней после лечения острота зрения повысилась на 0,16 (27,4%) и была статистически достоверна.

Метод парных сравнений (T-test for Dependent Samples) показал, что комплексное лечение повысило остроту зрения у пациентов второй (основной) группы. Для правого глаза показатель возрос с 0,47 до 0,51 ( $p=0,004$ ) после лечения и до 0,57 ед. через 1 месяц ( $p=0,001$ ), а для левого глаза – с 0,45 до 0,48 ( $p=0,01$ ) и до 0,55 ( $p=0,0001$ ) соответственно ( $p=0,00001$ ).

Наиболее значимая положительная динамика поля зрения отмечена во 2-й группе после первого курса лечения у 13 больных (23%). В 15% наблюдений (15 глаз) отмечалось уменьшение размеров центральных скотом в среднем на 5—10 градусов. В 75% (75 глаз) наблюдений диаметр центральных скотом не изменился. У всех пациентов, имевших до начала лечения сужение полей зрения, зарегистрировано расширение суммарных полей зрения в среднем на 60 градусов.

Количество парацентральных скотом снизилось в 2,5 раза. В контрольной и основной группах статистически значимого изменения полей зрения не было.

Наиболее заметная положительная динамика отмечена у больных с предисциформными стадиями заболевания. При этом офтальмоскопически отмечалось значительное уменьшение отёка в макулярной области и заднем полюсе.

Электрофизиологическое исследование всех пациентов до начала исследования показало снижение электрической чувствительности сетчатки и зрительного нерва, причём в основной группе эффект был наиболее высоким и составил  $515 \pm 2$  мка, в контрольной группе –  $475 \pm 11$  мка. В основной группе среднее значение лабильности составило 34,44 Гц, а в контрольной – 34,45 Гц. Значение критической частоты исчезновения мелькающего фосфена (КЧСМ) снижено до 28 и 29 импульсов соответственно, что на 6—8 импульсов ниже нормальных значений.

Динамики изменений электрофизиологических показателей в контрольной группе не произошло.

Во второй (основной) группе, получавшей в качестве терапии ретиналамин в комплексе с лазер-магнито-

стимуляцией, имелись снижение пороговых величин электрического фосфена на  $130 \pm 12$  мка, повышение лабильности на 8 Гц и увеличение КЧСМ на 8 импульсов через 1 месяц от начала лечения, то есть имело место достоверное ( $p=0,02$ ) улучшение электрофизиологических показателей, что может объективно свидетельствовать об изменении функционального состояния внутренних слоёв сетчатки и папилломакулярного пучка зрительного нерва. Следует отметить, что при обследовании этой группы пациентов сразу после лечения достоверного изменения данных показателей не отмечено.

В качестве основных критериев состояния глазного дна у пациентов обеих групп исследования оценивали наличие кровоизлияний, твёрдых экссудатов (друз), ишемических «мягких» экссудативных очагов, новообразованных сосудов. Изменение офтальмоскопической картины на фоне лечения было незначительным во всех группах исследования, но если в контрольной группе обращала на себя внимание положительная динамика при наличии

кровоизлияний в макулярную область, то во второй группе первыми признаками были значительное уменьшение отека и резорбция ишемических очагов.

Обращает на себя внимание тот факт, что при парных сравнениях у конкретных пациентов с аналогичной картиной глазного дна, получающих ретиналамин и лазер-магнитостимуляцию, не только не отмечалось прогрессирования процесса, но и имела место значительная положительная динамика данных периметрии на фоне лечения через 1 месяц. В контрольной же группе за резорбцией очаговых изменений через 1 месяц в последующем отмечались рецидивы кровоизлияний, усугублялась экссудативная отслойка нейроэпителия, и в ряде случаев отмечались прогрессирование процесса с образованием новообразованных сосудов и их прорастание через дефекты в мембране Бруха под пигментный эпителий или нейроэпителий.

Улучшение самочувствия и повышение остроты зрения субъективно отмечали все пациенты. В отдаленные сроки (через 3 месяца) более длительный и стабильный эффект наблюдался при введении паравазально ретиналамина в комплексе с лазер- и магнитостимуляцией.

Таким образом, применение ретиналамина в комплексе с лазер- и магнитостимуляцией в терапии сенильной макулодистрофии доказывает эффективность лечения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Копп И. Ф., Кроль А. Г. Основы терапии заболеваний глаз. – М.: Медицина, 1963. – 223 с.
2. Кацнельсон Л. А., Форофонова Т. И., Бунин А. Я. Сосудистые заболевания глаза. – М.: Медицина, 1990. – 272 с.
3. Майчук Ю. Ф. Принципы всемирной инициативы ВОЗ по ликвидации устранимой слепоты. Возможные пути их использования в Российской Федерации. – Окулист. – 2003. – № 4 (44).
4. Селицкая Т. И. Атеросклеротическая центральная хориоретинопатия. – Томск, 1985. – 110 с.
5. Смолякова Г. П., Лысенко В. С. Патогенетические подходы к лечению возрастных ЦХРД. Методические рекомендации. – Хабаровск, 2000. – 35 с.
6. Макаров И. А. Низкоинтенсивное лазерное излучение в терапии глазных болезней // Сборник научных статей «Лазеры в офтальмологии: вчера, сегодня, завтра». – М. – 371 с.

Поступила 21.06.2013

К. С. БОНДАРЕНКО

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ I ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

*Кафедра нормальной физиологии Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4; кардиологическое отделение ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2; тел. +79189759096*

В исследование включено 100 пациентов с ХСН I функционального класса (ФК) на фоне ГБ II стадии с нормальной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) (ФВ ЛЖ $\geq$ 55%), рандомизированных в две группы. Первую группу составлял 51 пациент (возраст 54,2 $\pm$ 22,9 года), которым назначался метопролола сукцинат (беталок ЗОК фирмы «AstraZeneca», Швеция) в дозе 78,1 $\pm$ 19,3 мг/сутки. Во вторую группу входило 49 пациентов (возраст 55,4 $\pm$ 23,1 года), которым назначался квинаприл (аккупро фирмы «Pfizer», США) в дозе 17,3 $\pm$ 7,7 мг/сутки. Исходно и через 6 месяцев терапии проводились: тредмилометрия с оценкой максимального потребления кислорода при нагрузке (VO<sub>2</sub>max), эхокардиография, тест шестиминутной ходьбы, определение N-концевого предшественника мозгового натрийуретического гормона (NT-proBNP). Для объективного количественного определения регуляторно-адаптивного статуса (РАС) выполнялась проба сердечно-дыхательного синхронизма. Результаты исследования показали, что оба препарата улучшали показатели диастолической функции ЛЖ, однако лишь квинаприл эффективно изменял его структурно-геометрические параметры и систолическую функцию. Только при лечении квинаприлом повышалась толерантность к физической нагрузке, снижался уровень NT-proBNP, увеличивалось VO<sub>2</sub>max, улучшался РАС. Таким образом, квинаприл имеет преимущества перед метопролола сукцинатом у больных с ХСН I ФК и нормальной ФВ ЛЖ и на фоне ГБ II стадии.

*Ключевые слова:* хроническая сердечная недостаточность, метопролола сукцинат, квинаприл, сердечно-дыхательный синхронизм, регуляторно-адаптивный статус.

К. С. БОНДАРЕНКО

### EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF MEDICATION THERAPY IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND CHRONIC HEART FAILURE OF FUNCTIONAL CLASS I

*Department of human physiology Kuban state medical university, Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4; cardiological branch of Regional clinical hospital № 2, Russia, 350012, Krasnodar, Krasnykh partizan str., 6/2; tel. +79189759096*