

Материалы и методы исследования. Исследование проведено в процессе лечения и обследования 124 больных с распространенным перитонитом. Были сформированы 4 клинические группы: I — больные без применения в интенсивной терапии цитофлавина — 44 больных; II — больные с хронической интоксикацией без применения цитофлавина — 33 больных; III — больные, в интенсивную терапию которых был включен цитофлавин — 33 больных; IV — больные с хронической интоксикацией, в интенсивную терапию которых был включен цитофлавин — 14 больных. Больные всех 4 групп были с распространенным перитонитом в токсической фазе, у которых имелись клинические признаки тяжелого сепсиса, с выраженной полиорганной недостаточностью по шкале SOFA 3 балла, по половозрастным признакам группы достоверно не различались.

Причинами развития распространенного перитонита явились: перфоративные гастродуоденальные язвы (9); панкреонекрозы (18); острые деструктивные холециститы (17); травмы органов брюшной полости с повреждением внутренних органов (42); острые деструктивные аппендициты (15); воспалительные заболевания придатков (7); перфорация кишечника (7); острая кишечная непроходимость (9).

Цитофлавин® применяли в дозе 0,30 мл/кг массы тела в 10% растворе глюкозы — 400 мл внутривенно капельно медленно со средней скоростью инфузии 20—50 капель в минуту с кратностью введения от 2 до 4 раз в сутки под контролем сахара крови в виде курса в течение 5—7 суток в зависимости от степени тяжести больного.

Результаты и обсуждение. В результате исследования было выяснено, что одним из основных механизмов формирования синдрома системного воспалительного ответа в послеоперационном периоде распространенного перитонита являются нарушения метаболизма, связанные с нарушениями транспорта кислорода и развитием гипоксии тканей, нарушениями свободнорадикального окисления и ранним формированием эндогенной интоксикации.

Наличие хронической алкогольной патологии существенно отягощает течение послеоперационного периода распространенного перитонита, что проявляется в увеличении количества осложнений до 87,2 % и летальности до 46,8 %.

Использование субстратного антигипоксанта цитофлавина у больных в послеоперационном периоде распространенного перитонита приводит к снижению глубины гипоксии тканей путем нормализации процессов утилизации кислорода, что подтверждалось снижением уровня лактата с $3,8 \pm 0,57$ ммоль/л до $2,15 \pm 0,47$ ммоль/л и повышением коэффициента утилизации кислорода на 18 % на 5-е сутки исследования.

Цитофлавин приводит к восстановлению антиоксидантной системы (повышение уровня восстановленного глутатиона на 12 % от исходных величин на 5 сутки исследования), системы антиперекисной защиты (повышение уровня глутатионпероксидазы на 23 % от исходных величин на 5-е сутки исследования) и снижению активности процессов перекисного окисления липидов (снижение уровня малонового диальдегида на 28 % от исходных величин на 5-е сутки исследования), снижению уровня эндотоксемии как в плазменном (снижение уровня олигопептидов в плазме артериальной крови на 5 сутки исследования на 16 %), так и в эритроцитарном секторе (снижение уровня олигопептидов на 5-е сутки исследования на эритроцитах на 21 %) и более быстрому восстановлению функциональной активности органов детоксикации — печени, почек, легких.

Таким образом, результаты исследования показали, что использование цитофлавина у больных в послеоперационном периоде распространенного перитонита приводит к снижению проявлений системного воспалительного ответа и улучшению клинического течения послеоперационного периода распространенного перитонита, к уменьшению частоты развития вторичных легочных осложнений с 48,4 до 39,4 % и к снижению летальности с 16,1 до 9,1 %.

Г.С. Бадмаева, Н.Д. Ванданова, И.А. Шагдурова, Э.С. Красник, А.П. Перинов

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ «ЭПРЕКСА» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Бурятский Республиканский онкологический диспансер (Улан-Удэ)

Большой удельный вес в терапии больных раком различных локализаций принадлежит консервативным методам — полихимиотерапии и лучевому лечению. При проведении химиотерапии и лучевого лечения часто развивается анемия. При этом уменьшение содержания гемоглобина существенно снижает качество жизни больных: развиваются общая слабость, одышка, повышенная утомляемость, сонливость. Развитие анемии ведет к снижению эффективности химио- и лучевой терапии, перерыву в лечении, снижению доз химиопрепаратов и лучевой терапии, что приводит к ухудшению качества жизни больных. Установлено, что анемия и возникающая при этом гипоксия тканей сопровождаются

усилением опухолевого ангиогенеза и стимулируют рост опухоли, при этом снижается чувствительность опухоли к химио-лучевому лечению, и делают ее более агрессивной

Для лечения анемии раньше широко использовали переливание эритроцитарной массы. Для этого необходима госпитализация больного в стационар; также высока вероятность появления различных осложнений.

С 2006 года в Бурятском республиканском онкологическом диспансере для лечения анемии у 22 больных со злокачественными новообразованиями был применен препарат эритропоэтин-альфа (эпрекс).

Применяли эпрекс (готовые шприц-тюбики) в стандартных дозах по 10000 МЕ п/к 3 раза в неделю под контролем анализов крови. Одновременно больные принимали препараты железа. Лечение контролировалось динамическими исследованиями общего анализа крови, клиническими данными.

Применение препарата приводило к улучшению функционального статуса больного, уже через 2 недели от начала лечения больные отмечали уменьшение слабости, тахикардия. По сравнению с больными, не получавшими эпрекс в комплексе лечения, у них в 2 раза быстрее повышался уровень гемоглобина. В зоне инъекции местных реакций (отека, гиперемии кожи) не отмечалось ни у одного пациента. Надо отметить, что эпрекс не является «средством скорой помощи», и отсутствие прироста гемоглобина в первые недели лечения не свидетельствует о его неэффективности. Оценивать эффективность терапии необходимо не ранее чем через 4 недели после лечения. Применение эпрекса в комплексном лечении анемии онкологических больных позволило существенно сократить количество гемотрансфузий, по сравнению с больными, не получавшими данный препарат, примерно в 2 раза.

Но в то же время, если на момент начала лечения состояние больного требует проведения гемотрансфузии (крайне низкий уровень гемоглобина, выраженная тахикардия и слабость), то она должна быть осуществлена. Гемотрансфузия ликвидирует «клинически значимые» проявления анемии, а применение эпрекса воздействует на причину анемии и позволяет в дальнейшем избегать переливания крови.

Эпрекс хорошо переносится, удобен в применении, может применяться самим больным в амбулаторных условиях. Использование препарата эпрекс позволяет корректировать анемический синдром и снизить потребность в заместительных гемотрансфузиях. Включение препарата эпрекс в Перечень льготных лекарственных средств по программе ДЛО очень важно, учитывая его высокую стоимость. ДЛО остается единственным каналом получения эпрекса онкобольными.

Г.С. Бадмаева, И.А. Шагдурова, Э.С. Красник, А.П. Перинов

ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Бурятский республиканский онкологический диспансер (Улан-Удэ)

В апреле 2006 года в Бурятском республиканском онкологическом диспансере было открыто две койки дневного стационара для проведения полихимиотерапии, и в период по декабрь 2007 года включительно было пролечено в условиях дневного стационара 362 больных, из них женщин — 288 (79,6 %), мужчин — 74 (20,4 %). Городских больных было 306 (84,5 %), сельских — 56 (15,5 %) человек. По возрастам: 20 — 40 лет — 46 больных (12,7 %), 41 — 60 лет — 259 больных (71,6 %), старше 60 лет — 57 больных (15,7 %). Таким образом, основная масса больных приходилась на возраст от 41 до 60 лет. Самой молодой больной было 25 лет, самому пожилому больному — 78 лет. В таблице 1 представлены данные распределения больных по локализации первичной опухоли.

Среднее время пребывания больного на амбулаторном лечении составило 6,8 дня.

Преимуществом дневного стационара при проведении лекарственного лечения для онкологического диспансера явились: снижение затрат на лечение при полном сохранении его эффективности (нет необходимости в оказании больному гостиничных услуг), увеличение пропускной способности онкодиспансера, отсутствие социальной напряженности вследствие невозможности госпитализировать всех больных. К тому же амбулаторная полихимиотерапия оказалась щадящей в отношении психоэмоционального состояния самого больного т.к. не менялся привычный ритм жизни, они могли продолжать работу в процессе лечения, им предоставлялся индивидуальный график посещения диспансера. Отсутствие психологического дискомфорта обеспечивалось также возможностью для больного скрывать сам факт лечения в онкологическом диспансере.

Абсолютными противопоказаниями к проведению лекарственного лечения в условиях дневного стационара явились выявленные в ходе лечения опасности развития неконтролируемых побочных эффектов. Относительными противопоказаниями являлось отсутствие у сельских больных временно-го места жительства на период лечения, а также одинокие больные, у которых нет постоянного постоянного ухода по месту жительства. Статус больного по ECOG-WHO должен составлять 0 — 2. Обычно