

Распределение пациентов по локализации первичной опухоли

Локализация первичной опухоли	Количество больных	
	Абс.	%
Рак молочной железы	115	61,8
Рак толстой кишки	16	8,6
Рак почки	13	7,0
Рак поджелудочной железы	13	7,0
Лимфогранулематоз	6	3,1
Неходжкинская лимфома	4	2,2
Рак желудка	4	2,2
Рак предстательной железы	4	2,2
Рак легкого	3	1,6
Рак головного мозга	3	1,6
Рак полового члена	2	1,1
Саркома капюши	1	0,5

Абсолютным противопоказанием к проведению лекарственного лечения в условиях дневного стационара является наличие высокого риска неконтролируемых побочных эффектов. Относительным противопоказанием является отсутствие у сельских больных временного места жительства на период лечения, а проблематично лечение в условиях дневного стационара одиноких больных, за которыми постороннего ухода по месту жительства. Статус больного по ECOG-WHO должен составлять 0–2. Обычно на лечение отбирались больные, которые уже имели опыт получения химиотерапии, а также дисциплинированные и ответственные больные, которые будут точно соблюдать все назначения врача, своевременно проходить лабораторные исследования.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в амбулаторных условиях возможно проведение подавляющего большинства современных схем лекарственной терапии солидных опухолей. Эффективность лечения при проведении полихимиотерапии не зависит от того, как оно проводится — амбулаторно или в условиях круглосуточного стационара. При этом количество осложнений не увеличилось. Надо отметить, что при проведении лечения в условиях дневного стационара улучшилась степень психологической комфортности пациентов.

А.П. Перинов, Г.С. Бадмаева, В.О. Дагбаева, А.О. Арбошкин, Е.В. Ерофеева, Н.Д. Ванданова, И.А. Шагдурова, Д.В. Аюшина, Э.С. Красник

ЭПРЕКС В ЛЕЧЕНИИ ОНКОБОЛЬНЫХ

Бурятский республиканский онкологический диспансер (Улан-Удэ)

Известно, что снижение концентрации гемоглобина в крови может быть одним из первых признаков рака, однако нет прямой зависимости между степенью выраженности анемии и тяжестью процесса. Анемия встречается у 75 % больных раком различных локализаций за время болезни, однако не все больные получают лечение по этому поводу. В клинической онкологии чаще встречаются раковая анемия, когда уровень гемоглобина снижается под воздействием опухолевого процесса, и постцитостатическая анемия, которая рассматривается как осложнение противоопухолевого лечения.

Достижения современной медицины достоверно увеличили выживаемость больных, во многом благодаря широкому внедрению системной полихимиотерапии. 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, снижение толерантности к физической нагрузке, ухудшение памяти и концентрации внимания. Всемирная организация здравоохранения определяет нижнюю границу концентрации гемоглобина у взрослых: на уровне 130 г/л у мужчин и 120 г/л — у женщин. Национальный противораковый комитет США определяет

границы нормы гемоглобина у мужчин 140–180 г/л и у женщин — 120–160 г/л. В России анемия определяется как снижение концентрации гемоглобина крови менее 110 г/л. 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 химиолучевому лечению, и делают ее более агрессивной. Американское общество клинических онкологов рекомендует на первом этапе ведения больных с анемией исключить ее обратимые причины (недостаток питательных факторов, кровопотери, гемолиз, опухолевая инфильтрация костного мозга). Только после исключения обратимых причин анемизации больных со снижением гемоглобина более 100 г/л (в рекомендациях Европейского общества лечения рака — EORTC менее 110 г/л) рекомендовано назначение эритропоэтина.

С 2006 года в Бурятском республиканском онкологическом диспансере для лечения анемии у больных злокачественными новообразованиями стали применять препарат эритропоэтин-альфа (эпрекс).

Для лечения анемии раньше широко использовали переливание эритроцитарной массы. Для этого необходима госпитализация больного в стационар. Высока вероятность появления различных осложнений: аллергические реакции, инфицирование пациента вирусной инфекцией, перегрузка железом печени и миокарда, иммунодепрессия. 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 позволит в дальнейшем избежать переливания крови.

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. Применение препарата приводило к улучшению общего физического состояния. Ни одному больному в процессе терапии эпрексом не понадобилось проведение переливания фильтрованной эритроцитарной массы. 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.

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, так как позволяет шире использовать его в лечении онкобольных.

С.Б. Пинский, С.А. Колмаков, В.Ф. Высоцкий

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНЦИДЕНТАЛОМ НАДПОЧЕЧНИКОВ

**ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет Росздрава (Иркутск)
МУЗ Городская клиническая больница № 1 (Иркутск)**

В последние два десятилетия широкое использование в клинической практике высокоэффективных инструментальных методов топической диагностики (УЗИ, КТ, МРТ) при различных заболеваниях, особенно органов брюшной полости, привело к случайному выявлению гормонально-неактивных опухолей надпочечников (инциденталом). По данным различных авторов, частота их обнаружения при абдоминальных КТ-исследованиях доходит до 2–4 %. В последние годы среди оперированных больных с опухолями надпочечников удельный вес инциденталом неуклонно растет и составляет почти 30–40 %. Вместе с тем, около 30 % инциденталом в той или иной степени обладают гормональной активностью, каждая десятая — злокачественная.

Мы располагаем опытом хирургического лечения 110 больных с различными образованиями надпочечников. До 1990 г. был оперирован 41 больной только с гормонально-активными опухолями надпочечников. За последние 15 лет 22 (32 %) из 69 больных были оперированы по поводу инциденталом надпочечников. Среди них было 19 женщин и 3 мужчин. В возрасте до 40 лет было 9 больных, от 41 до 60 лет — 11, старше 60 лет — 2 пациента. У 9 больных поводом к обследованию явилась артериальная гипертония с различными вариантами клинического течения. У остальных больных опухоли выявля-