

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-

ны случайно при обследовании по поводу других заболеваний. У всех пациентов выявлена односторонняя локализация опухоли. У всех больных отсутствовали классические клинические проявления известных эндокринных синдромов, данные гормональных и биохимических исследований. Вместе с тем, мы не исключаем у ряда больных возможность наличия начальных или скрытых проявлений гиперкортицизма или феохромоцитомы. При гистологическом исследовании у 5 больных диагностированы злокачественные опухоли, у 17 — доброкачественные образования: аденомы коры надпочечников (8), кисты (5), гематомы (2), ганглионеврома (1) и миелолипома (1). Показаниями к оперативному лечению инциденталом считаем наличие признаков функциональной активности опухоли, прямых или косвенных признаков злокачественности, при размерах опухоли более 3 см, являющиеся потенциально злокачественными. При инциденталомах менее 3 см, отсутствии признаков гормональной активности и злокачественности считаем показанным динамическое наблюдение (выполнение УЗИ, КТ, гормональных исследований через 6 месяцев и в последующем ежегодно). При отрицательной динамике по размерам и структуре опухоли, признакам гормональной активности при динамическом наблюдении показано оперативное лечение. У 13 больных выполнена открытая адреналэктомия, при которой методом выбора считаем торакофренолюмботомию в X межреберье. С 2006 г. в клинике внедрены оперативные вмешательства на надпочечниках с помощью эндовидеохирургической техники. В настоящее время мы располагаем опытом эндовидеоскопических адреналэктомий у 12 больных, из них у 9 — по поводу инциденталом. У большинства больных с инциденталомами надпочечников мы считаем эндовидеоскопическую адреналэктомию методом выбора. При правосторонней локализации опухоли используем лапароскопический доступ, при левосторонней — ретроперитонеальный. Мы считаем, что эндовидеохирургические вмешательства не должны противопоставляться открытым способам операции, которые целесообразны при больших размерах опухоли, признаках её злокачественности и развития интروперационных осложнений. Осложнений и летальных исходов не было.

А.Н. Плеханов, Л. Амгалан

ЭТИОЛОГИЯ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ

Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)

Цель исследования — оценить этиологическую структуру НЗЛП для улучшения результатов лечения больных с данной патологией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В динамике хирургического лечения было обследовано 42 больных с НЗЛП. Материалом служил интраоперационный материал, плевральный выпот и содержимое абсцесса. В качестве метода использовали бактериологическое исследование.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Нами выделено 177 штаммов условно-патогенных микроорганизмов (УПМ). Спектр выделенных возбудителей включал в себя как аэробов и факультативных анаэробов (69 %), так и облигатных анаэробов (31 %). Основную массу в общей структуре возбудителей составили различные виды стафилококков (35 %), энтеробактерии (17 %).

Все штаммы стафилококков были выделены с высокими показателями КОЕ/мл ($Lg\ 6,20$). Среди выделенных штаммов стафилококков 70,6 % составили плазмокоагулазоотрицательные стафилококки, более половины из которых составил *St. epidermidis*. Плазмокоагулазоположительные стафилококки высевались значительно реже и доминирующей роли в этиологии стафилококковой инфекции у больных с НЗЛП не играли.

Основную массу энтеробактерии составил род *Proteus* (59 %). Остальные энтеробактерии высевались в незначительном проценте случаев. Интересно отметить, что *Kl. pneumoniae* не играла ведущей роли в этиологии НЗЛП.

Очень часто высевались представители рода *Pseudomonas* (50,6 %), подавляющее большинство пришлось на *Ps. aeruginosa* (86 %). Несколько реже встречались *Alcaligenes* (14,4 %) и *Acinetobacter* (10,5 %). Основная масса этих бактерий высевалась с высокими значениями КОЕ, превышающими $Lg\ 6$ КОЕ/мл.

Некlostридиальные анаэробы составили 10 % от общей массы выделенных штаммов. В этой группе соотношение грамотрицательной и грамположительной микрофлоры было примерно одинаковым. Мы получили высокие цифры посева представителей семейства *Bacteroidaceae* (43,4 %). Среди бактериоидов *Pr. melaninogenica* высевалась в большинстве случаев.