

Данные иммунологического исследования сравнивали с аналогичными показателями здоровых лиц соответствующих возрастов (группы сравнения по 50 человек). Различия верифицировали статистически.

В результате проведенного исследования установлено, что у больных острым лейкозом при онкологическом выздоровлении не происходит восстановления некоторых показателей иммунитета до уровней таковых у здоровых лиц, ранее не болевших острым лейкозом. Выявленные изменения существенно не зависели от возраста и продолжительности длительной, более чем 5-летней ремиссии острого лейкоза.

Выявлено, в частности, достоверное снижение уровня IgM, дефицит Т-хелперов, повышение Т-супрессоров.

Несмотря на то, что во всех звеньях иммунитета наблюдались отдельные дефекты, которые, тем не менее, клинически не проявлялись повышенной инфекционной заболеваемостью (ОРВИ, герпес и др.), являющейся, как уже было указано, основным проявлением функциональной недостаточности иммунной системы. Полагаем, что это объясняется небольшой выраженностью (транзиторным характером) абсолютного большинства дефектов иммунной системы (определение степени иммунных расстройств по методу А.М. Земскова и соавт., 2005), наличием функциональных резервов у каждого звена естественного и приобретенного иммунитета, компенсаторными эффектами неизменных звеньев иммунитета, сохраняющих в полной мере свою активность. Небольшие относительно нормы изменения параметров иммунной защиты являются, вполне вероятно, отражением нового структурно-функционального состояния организма, возникшего после перенесенного острого лейкоза и его высокоагрессивной терапии.

Выявленные расстройства иммунитета не требовали применения иммуномодуляторов, но обосновывали целесообразность систематического проведения разнообразных оздоровительных мероприятий (витаминотерапия, санаторное профилактическое лечение и др.).

Естественно, даже незначительно сниженные резервы иммунной системы могут оказаться недостаточными, если к функционированию иммунной системы предъявляются высокие требования. Это несет в себе угрозу возникновения иммунодефицита с его клинических проявлений как в виде увеличения инфекционной и иной заболеваемости, так и повышенного риска рецидива острого лейкоза. Подобная ситуация особенно вероятна, когда иммунная система ослабевает (состояние после тяжелого заболевания, увеличение возраста и старение человека, физическое и психическое переутомление, стрессы, дефицитное питание, хирургические заболевания и др.).

Данные, полученные в результате настоящего исследования, объективно обосновывают необходимость регулярного иммуномониторинга с контролем состояния естественного, клеточного и гуморального иммунитета при проведении клинкогематологической пожизненной диспансеризации больных в состоянии длительной ремиссии острого лейкоза. Регулярный контроль состояния иммунитета позволяет своевременно установить появление и нарастание клинически значимого ослабления иммунной системы, требующего проведения не только экстраиммунной терапии, но и собственно иммунотерапии, дает возможность вовремя распознать повышенную угрозу рецидива острого лейкоза и обеспечить тем самым возможность наиболее эффективных ранних профилактических и лечебных мероприятий.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Урусова Н. А., Новиков Ю. А.

ОГУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер»

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Адекватная послеоперационная аналгезия — основное условие реализации программы активной послеоперационной реабилитации. Послеоперационные болевые ощущения являются первопричиной развития патологического послеоперационного синдрома. Повышение качества послеоперационного обезболивания стало возможным благодаря внедрению в клиническую практику таких высокотехнологичных методик, как длительная эпидуральная аналгезия, абсолютно показанная у пациентов с высоким риском развития сердечно-легочных осложнений.

В настоящем исследовании для облегчения боли во время и после хирургического вмешательства и активной послеоперационной реабилитации у онкобольных пожилого возраста с сочетанной сопутствующей патологией вводили ропивакаина гидрохлорид посредством непрерывной инфузии при скорости потока 3—5 мл/ч в концентрации

0,2 мас.% в дневной период бодрствования в сочетании с болюсным введением морфина 5 мг в эпидуральное пространство на ночной период сна. Эпидуральный катетер вводился анестезиологом до операции, и эпидуральная инфузия ропивакаина во время хирургического вмешательства позволяла индукцию более лёгкого анестетического сна по сравнению с тем, который наблюдается при общей анестезии, и обеспечивала обезболивание на момент пробуждения. При переводе пациента в отделение интенсивной терапии эпидуральный катетер не удалялся, а продолжал использоваться для продлённой непрерывной инфузии 0,2% ропивакаина гидрохлорида в дозе 3—5 мл/ч, назначаемой анестезиологом индивидуально для каждого пациента.

Для оценки состояния больных применялась пульсовая оксиметрия, ЭКГ мониторинг, динамический контроль артериального давления, пульса и адек-

ватности обезболивания. Длительность эпидуральной инфузии ропивакаина составляла от 2-х до 5-ти суток в зависимости от объема выполненного оперативного вмешательства и течения послеоперационного периода и продолжалась в течение дня с 6 до 24 часов в сочетании с болюсным введением на ночь в 24 часа морфина в количестве 5 мг в эпидуральное пространство.

Эффективность длительной эпидуральной анестезии подтверждается следующими клиническими данными проведенного нами лечения 93 больных в отделении анестезиологии и реаниматологии областного онкологического диспансера г. Иваново.

В зависимости от метода послеоперационной анальгезии больные были разделены на 3 группы. В группе 1 (33 человека) применяли эпидуральное обезбоживание путем длительного введения с помощью инфузомата (Diginfusa 3000 arcomed ag Switzerland) 0,2% раствора нарпина со скоростью 3—5 мл/час в дневной период бодрствования в сочетании с болюсным введением морфина 5 мг в ЭП на ночной период сна. В группе 2 (30 человек) анальгезию осуществляли эпидуральным длительным инфузионным введением 2% раствора новокаина или лидокаина со скоростью 5—7 мл /час в дневной период бодрствования и морфина 5 мг в ЭП 1—2 раза в сутки. В группе 3 (30 человек) для обезбоживания применяли наркотические анальгетики (промедол, омнопон, бупранал) внутримышечно 4 раза в сутки.

У пациентов сравниваемых групп возрастные и антропометрические характеристики, физический статус достоверно не отличались: возраст — $62,3 \pm 1,3$ лет; рост — $162,2 \pm 0,86$ см; вес — $66,1 \pm 1,1$ кг. Более половины больных относились к лицам пожилого возраста и 44,2% составили пациенты с 3 и 4 стадией рака. С сопутствующими заболеваниями были 60,2%, в том числе с сочетанными — 47,3%, имели исходную анемию 48,4% и соответствовали 2—3 степени риска по ASA. Риск оперативно-анестезиологического пособия (РОАП) составил в среднем 5 баллов, что соответствует значительной степени риска (классификация МНОАР, основанная на градациях физического состояния больных, тяжести оперативного вмешательства и характере анестезии). Пациентам выполнены равноценные по сложности оперативные вмешательства.

При субъективной анальгезиметрии выявлена высокая эффективность разработанной методики длительной инфузионной эпидуральной анальгезии нарпином. Анальгезия в группах 1 и 2 оценивалась как хорошая (2 балла) и отличная (3 балла), в группе 3 — как удовлетворительное (1 балл) и как неудовлетворительное (0 баллов) при кашле. Эпидуральная инфузия нарпина позволила сократить дополнительное введение морфина до однократного на ночь у 63,6% больных в первые сутки, до 90,9% — во вторые и до 93,9% — в третьи сутки ($p < 0,001$).

Достоверного различия гемодинамических показателей у больных сравниваемых групп в течение всего времени исследования не было. Имелось незначительное повышение АД во всех группах в день операции, которое уже на третьи сутки снижалось до исходных значений. Расчет значений RPP (Rate Pressure Product), предложенного Ро-

бинсоном в 1967 г. (произведение ЧСС на систолическое АД), как общего показателя напряжения сердечно-сосудистой системы выявил, что это напряжение достоверно ниже в группе с ЭА нарпином. RPP до операции во всех группах достоверно не отличался. В группе №3 в день операции RPP составил 120,1%, на 2-е сутки — 122,6% от исходных величин и был повышенным и на 3-и сутки — 121,7%; ($p < 0,001$). В группе 2 RPP в день операции, в 1, 2-е и 3-и сутки был также выше исходных величин (107,4%; 115,1% и 112,5% соответственно). В группе 1 прирост RPP был незначительным лишь во вторые сутки (105,5%) и на 3-и сутки вернулся к исходному уровню.

Изучение лабораторных показателей позволило установить, что длительная ЭА не оказывает неблагоприятного влияния на коагуляционное звено гомеостаза, результаты гемограмм и биохимические показатели, которые изменяются в более узких пределах и имеют тенденцию к нормализации. У больных группы 3 происходили достоверные изменения показателей, и их восстановление было более медленным. Так, в этой группе отмечалось возрастание концентрации фибриногена (до $7,6 \pm 0,33$ г/л, $p < 0,01$), превышающее исходную величину на 33,3% и показатели нормы почти в два раза, и достоверное снижение показателя фибринолитической активности (до $8,2 \pm 0,23\%$, $p < 0,05$) после перевода в отделение. Исходные показатели скорости оседания эритроцитов (СОЭ) у пациентов сравниваемых групп были в 1,5—3 раза выше нормы, возрастая в послеоперационном периоде. В отделении в группе №3 показатели СОЭ оставались более высокими, чем в группах 1 и 2 ($36,2 \pm 2,2$ и $24,7 \pm 2,1$ мм/час, $P < 0,01$) и были выше нормы более, чем в 5 раз, количество лейкоцитов так же было более высоким ($9,2 \pm 0,54$ и $6,2 \pm 0,38 \times 10^9$ /л, $p < 0,01$), превышая норму в 1,5 раза, и показатели ЛИИ оставались более высокими ($5,0 \pm 1,12$ и $1,4 \pm 0,33$ у. е., $p < 0,01$) и были выше нормы в 5 раз, что являлось плохим прогностическим признаком гнойно-септических осложнений. Бессимптомная бактериурия (КОЕ $> 10^5$ в 1 мл мочи — при наличии одной и более бактериальных клеток в одном поле зрения микроскопа) и грибы в исходных мазках из мочи обнаруживались в 25,8% и 4,3%, в послеоперационном периоде в ПИТ в 81,7% и 43,0%, а после перевода в отделение в 31,1% и 15,5% соответственно. Наличие такого количества бактерий и грибов в моче, по-видимому, обусловлено массивной длительной антибактериальной терапией проводимой у всех больных в послеоперационном периоде.

Об эффективности продленной ЭА нарпином судили по количеству послеоперационных осложнений (3,03% против 10% и 40% в группах сравнения), уменьшению продолжительности лечения больных в отделении интенсивной терапии (до 3 суток у 72,7%).

Предлагаемый нами способ длительной эпидуральной послеоперационной анальгезии с сочетанным использованием местных анестетиков и опиоидов представляется наиболее перспективным, доступным и адекватным методом послеоперационного обезбоживания пациентов пожилого

возраста с сочетанной сопутствующей патологией в онкологической клинике. Индивидуальный подход в анестезиологии и реаниматологии позволяет уменьшить продолжительность лечения больных в

отделении интенсивной терапии, предупредить развитие осложнений и сократить длительность лечения в хирургическом стационаре.

ОПЫТ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Уткина М.Н., Рупасова Т.И., Бурсиков А.В., Тентелова И.В., Швагер О.В., Рожкова С.М.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

МУЗ «Городская клиническая больница № 7», г. Иваново

Необходимость создания дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях связана с совершенствованием организации и повышением качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также повышением экономической эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений на основе внедрения и широкого использования современных ресурсосберегающих медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

В стационарах круглосуточного пребывания находятся больные, требующие интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения, изоляции по эпидемическим показаниям. Определенный процент пациентов не требует постоянного медицинского наблюдения, их направление на госпитализацию не обосновано. Лечение этих больных может быть проведено в условиях дневных стационаров, поликлиник, больничных учреждений и стационаров на дому. Дневной стационар является структурным подразделением лечебного учреждения и предназначен для проведения больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных. В 7 городской клинической больнице дневной стационар развернут на базах поликлиники и терапевтического стационара.

В 2006 г. впервые одно из терапевтических отделений полностью перешло на дневной режим работы. Было развернуто 60 коек. Работа осуществлялась в одну смену. В начале года возникали опасения в неостребованности коек. Что же показала практика? Всего за 2006 г. было пролечено и выписано 1440 больных, которые провели всего 13927 дней лечения. Средний койко день составил 9,6. Среди пролеченных пациентов было 609 пенсионеров (41,4%), 560 человек (38%) — работающие. Инвалиды составили 13,5% (199 человек). В оставшуюся группу вошли безработные (24 человека) и учащиеся (45 человек). По нозологическим формам пролеченные больные распределились следующим образом. 61% всех больных (892 человека) имели болезни системы кровотока, где преобладали гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца. На втором месте находились болезни органов пищеварения — 14,5% (197 человек). Среди них преобладали язвенная болезнь, хронический гастрит,

цирроз. Болезни органов дыхания оказались на третьем месте — 10,2% (147 человек). Подобная структура нозологических форм в дневном стационаре отличалась от стационара с круглосуточным пребыванием больных, где на второе место выходила патология органов дыхания, а болезни пищеварительной системы были на третьем месте. Это можно объяснить частым наличием у этих больных лихорадки, необходимостью выхода на улицу. Реже встречались болезни костно-мышечной системы (68 человек) и нервной системы (47 человек). Эти пациенты поступали по направлению невролога для планового лечения. Редко наблюдались больные и с патологией эндокринной, мочевыделительной систем и крови. Следует заметить, что часть больных была направлена в дневной стационар на обследование перед освидетельствованием во МСЭК (инвалиды) и по линии РВК (учащиеся).

Состояние всех больных, находящихся на лечении в дневном стационаре расценивалось как удовлетворительное. Основная масса (при лечении) выписана с улучшением или без изменений (при обследовании). Было 19 случаев перевода больных в другие отделения. Из них 8 человек — в стационар круглосуточного пребывания больных. Поводом для этого послужила дестабилизация стенокардии (3 случая), пневмония при сохранении фебрильной или субфебрильной температуры (4 случая), проявления симптомов сердечной недостаточности, ограничивающих физическую активность больного (1 случай). 5 пациентов были переведены в хирургическое отделение в связи с возникновением симптомов острой хирургической патологии (острый холецистит, аппендицит, острый панкреатит). 6 человек были направлены для углубленного обследования и продолжения лечения в специализированные отделения (пульмонологическое, гастроэнтерологическое). 15 человек, напротив, были переведены на дневной стационар из стационара круглосуточного пребывания, так как по тяжести состояния они уже не нуждались в круглосуточном врачебном наблюдении. В основном это были пациенты с пневмонией и ишемической болезнью сердца.

Опыт работы дневного стационара 7-й городской клинической больницы показывает оправданность его создания. Было отмечено, что для эффективной работы отделения необходим тщательный отбор больных на уровне поликлинического звена согласно Положению об организации деятельности дневного стационара.