

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

Распределение пациентов по локализации первичной опухоли

Локализация первичной опухоли	Количество больных	
	Число	Процент
Рак молочной железы	214	59,1 %
Рак толстой кишки	25	6,9 %
Рак почки	49	13,5 %
Рак поджелудочной железы	13	3,6 %
Лимфогранулематоз	11	3,0 %
Неходжкинская лимфома	19	5,2 %
Рак желудка	8	2,2 %
Рак предстательной железы	10	2,8 %
Рак легкого	7	1,9 %
Рак головного мозга	3	0,9 %
Рак полового члена	2	0,6 %
Саркома Капоши	1	0,3 %

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. За этот период было выдано 34 больничных листа на период лечения в условиях дневного стационара, 8 больных совмещали работу с проведением полихимиотерапии.

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, где оно проводится: в условиях дневного стационара или в стационаре, количество осложнений не увеличилось. Неоспоримо важным является факт существенного улучшения степени психологической комфортности у пациентов, получавших полихимиотерапию в амбулаторных условиях.

И.В. Бадмаева

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДСЕСТРЫ ОТДЕЛЕНИЯ ГЕМОДИАЛИЗА

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)

Как известно, гемодиализ — один из основных методов лечения ХПН, ОПН. Проведение его в полном объеме возможно лишь при активном участии среднего медицинского персонала.

Основными задачами среднего медицинского персонала являются проведение сеанса диализа под контролем врача, оказание медицинской помощи при неотложных состояниях, возникающих во время диализа, регистрации происходящих изменений. Медсестра должна вовремя распознать малейшие изменения состояния пациента и предупредить возможное развитие: нарушение ритма, головные боли, повышение артериального давления, кратковременную потерю сознания, связанные с изменением химического состава крови пациента и удалением жидкости; кровотечения при разсоединении кровепроводящих систем или нарушений свертываемости крови; инфекционные заболевания, передающиеся с кровью (такие, как вирусный гепатит); воздушную эмболию; реакции на введенные в процессе диализа препараты (развитие шока и смертельных осложнений).

Медицинский персонал сталкивается с такими проблемами пациентов, как анемия, зуд кожных покровов, воспаление вен, носовые кровотечения, бессонница, увеличение артериального давления (его особенностью является повышение диастолического давления) и т.д. Велика роль медицинской сестры в профилактике возможных проявлений уремии. Эффективность программного диализа зависит от того, как медсестра объяснит пациенту о важности соблюдения диетического режима, адекватного приема жидкости, приема гипотензивных препаратов, лечения анемии и коррекции ацидоза, о профилактике инфекционных осложнений и др.

В настоящее время на программном гемодиализе находятся 35 человек, было проведено анонимное анкетирование пациентов с целью выявления уровня качества работы медсестер. Анализ анкет пока-