

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

ПРИМЕНЕНИЕ ТАРГЕНТНОЙ ТЕРАПИИ В ОНКОЛОГИИ

Бурятский республиканский онкологический диспансер (Улан-Удэ)

В настоящее время в арсенале врачей-онкологов имеется несколько десятков эффективных цитостатических препаратов. Однако большинство из них не обладает достаточной специфичностью, так как кроме опухолевых клеток, в той или иной мере воздействуют на здоровые ткани и органы организма. Такое же действие оказывает и лучевая терапия. Все это ограничивает возможность увеличения дозы цитостатиков, возможность их комбинации, а также сочетания полихимиотерапии с лучевым лечением. В результате фундаментальных исследований в последние 10 лет создана новая группа препаратов, мишенями для которых являются молекулы (ферменты, рецепторы и т.д.), встречающиеся преимущественно в опухоли или тканях, обеспечивающих ее жизнедеятельность. Терапия с использованием таких препаратов была названа «target therapy» или целевой. Таргетные препараты поражают в основном опухолевые клетки и ткани и не повреждают нормальные органы и ткани, на которых «мишени» отсутствуют, или их повреждение не является критичным. Именно такая специфичность делает применение таргетной терапии более безопасной как в виде длительной монотерапии, так и в комбинации с цитостатическими препаратами и лучевой терапией, до и после оперативного вмешательства. Таргетная терапия в настоящее время становится составным элементом современной полихимиотерапии и входит в стандарты лечения многих злокачественных новообразований, а именно таких, как рак молочной железы, немелкоклеточный рак легкого, колоректальный рак, рак шейки матки и рак яичников, рак поджелудочной железы, рак почки, рак головы и шеи, меланома, В-клеточная лимфома. Известны такие таргетные препараты, как герцептин, иресса, авастин, гливек, мабтера, сутент, тарцева, канглат (производство КНР). С 2006 года в Республиканском онкологическом диспансере стали применять герцептин для лечения больных раком молочной железы, ирессу — при немелкоклеточном раке легкого, авастин — при колоректальном раке. Если авастин применяли в комбинации с полихимиотерапией (элоксатин, 5-фторурацил, лейковорин), то герцептин и ирессу — в режиме монотерапии. Все препараты хорошо переносились, побочных действий не отмечалось.

Особенности технологии производства таргетных препаратов определяют их высокую стоимость, поэтому особое значение приобретают вопросы финансирования онкодиспансера и проблема доступности современной полихимиотерапии. Таким образом, открывающиеся перспективы внедрения новых лекарственных препаратов в практику различных онкологических диспансеров позволит в недалеком будущем победить такое грозное заболевание, как рак.

А.П. Перинов, Г.С. Бадмаева, В.О. Дагбаева, А.О. Арбошкин, И.А. Шагдурова, Э.С. Красник

ПРОВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 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. С апреля 2006 по апрель 2007 год включительно было пролечено в условиях дневного стационара 186 больных, из них женщин — 158 (84,9 %), мужчин — 28 (15,1 %). Городских больных было 146 (78,5 %), сельских — 40 (21,6 %). По возрастам: 20 — 40 лет — 26 больных (14 %), 41 — 60 лет — 132 больных (70,9 %), старше 60 лет — 28 больных (15,1 %). Таким образом, основная масса больных приходилась на возраст от 41 до 60 лет. Самой молодой больной было 25 лет, самому пожилому больному — 77 лет. В таблице 1 представлено распределение пациентов по локализации опухолевого процесса.

Преимуществом дневного стационара при проведении лекарственного лечения для онкологического диспансера являются: 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. В то же время амбулаторная полихимиотерапия является щадящей в отношении психоэмоционального состояния самого больного: не меняется привычный ритм жизни больного, больной может продолжать работу в процессе лечения, предоставление индивидуального графика посещения диспансера, отсутствие психологического дискомфорта, при необходимости больной может скрывать сам факт лечения в онкологическом диспансере.

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