

НОСПИТАЛ

*NE CEDE MALIS
НЕ ПАДАЙ
ДУХОМ В
НЕСЧАСТЬЕ!*

БОЛЬНИЦА

№ 3
1999

Профессор
Софья
Дарьялова:
“Все не просто
с врачебной
тайной”

стр. 3 - 4

РОССИЙСКИЙ
ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ
НАУЧНЫЙ ЦЕНТР
РАМН

стр. 5 - 7

Препараты,
улучшающие
качество жизни
онкологических
больных

 NOVARTIS

стр. 8 - 13



*Академик РАЕН профессор А. М. Гарин:
“Мы научились бороться со многими токсическими
проявлениями химиотерапевтических средств.
Поиск препаратов, улучшающих качество жизни
больных, продолжается”.*

стр. 5 - 7

ПОЗДРАВЛЯЕМ!



“Европейская Ассоциация Радиологов награждает медалью им. Бориса Раевского профессора Павла Васильевича Власова.

В знак признания его исключительных заслуг и вклад в развитие Европейского радиологического сообщества.

**Президент ЕАРГ. Рингерц
12 марта 1999 г.”**

Борис Раевский, крупный ученый-радиолог, в свое время эмигрировавший из России, являлся основателем Европейской Ассоциации Радиологов. Павел Власов - первый российский ученый-рентгенолог, удостоенный ее высшей награды.

В мае этого года Российский научный центр рентгенодиагностики будет праздновать 75 лет со дня своего основания. Павел Васильевич отдал этому институту более 20 лет своей жизни, поэтому в ответном слове при вручении медали в Вене он сказал: “Это признание не только моих заслуг, но и всей отечественной радиологии”.

Члены Европейской Ассоциации знают, кто заслуживает награды: имя Власова названо не случайно. Это ученый мирового уровня в области клинической рентгенологии, профессор, великолепный клиницист-диагност, автор-разработчик комплексных программ (алгоритмов) лучевой диагностики заболеваний различной локализации. Лично и в соавторстве им написано около 400 научных работ, в том числе фундаментальные труды “Рельеф слизистой желудка в норме и патологии”, “Клинико-рентгенологическая семиотика рака желудка”, “Комплексная диагностика рака молочной железы”, “Рентгенодиагностика опухолей плевры” и др. Эти книги нет аналогов в мировой литературе, по ним учатся студенты и практические врачи.

Руководитель отдела Российского научного центра рентгенодиагностики, Главный рентгенолог МЗ РФ, Президент Российской Ассоциации Радиологов... Перечень его заслуг можно продолжать и продолжать, но стоит упомянуть еще об одной грани таланта этого ученого. Профессор Власов - увлеченный историк, автор уникальной книги “Обитель милосердия”, рассказывающей о благотворительности в дореволюционной России. Его замечательные статьи о людях, заложивших основы отечественной системы здравоохранения, можно прочесть во многих изданиях. Но, пожалуй, чаще всего - в газете “Больница”. Павел Васильевич - самый любимый и наиболее читаемый автор рубрики “История”. Коллектив редакции спешит поздравить его с высокой профессиональной наградой: мы рады за нашу отечественную науку, мы гордимся Вами!



В КОМИТЕТЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ДУМЫ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ

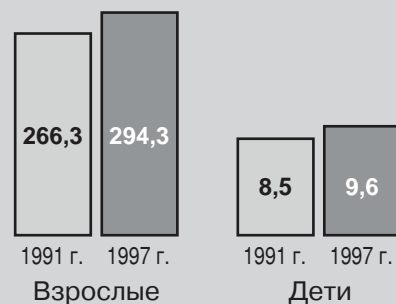
На парламентских слушаниях, прошедших в Государственной Думе в начале февраля, обсуждались состояние и перспективы развития онкологической помощи населению Российской Федерации.

Все выступавшие отмечали рост заболеваемости злокачественными новообразованиями. Сегодня на диспансерном учете состоит более 2 миллионов человек. Ежегодно регистрируется около 420 тысяч новых больных с этим диагнозом. На первом месте в структуре заболеваемости стоит рак молочной железы у женщин и рак легкого у мужчин.

Основными факторами, обуславливающими рост заболеваемости являются: грубое нарушение экологии от выбросов в атмосферу промышленных газов, радиационное загрязнение территорий, загрязнение водоемов отходами производства, резкое ухудшение социально-экономического положения населения, приводящее к плохому питанию взрослых и детей, употреблению большого количества алкоголя и его суррогатов, токсикомании, табакокурению. Наблюдается резкое ухудшение показателей качества оказания онкологической помощи гражданам России. За последние годы разрушена отечественная промышленная база производства онкологических препаратов и медицинской техники, отсутствует единая политика закупки импортных лекарств и техники, в то время как более 70% аппаратуры в больницах требует замены.

По итогам парламентских слушаний Правительству РФ, Министерству финансов и Министерству экономики, Минздраву и РАМН, органам законодательной и исполнительной власти субъектов Российской Федерации рекомендовано ускорить разработку и принятие федеральной целевой, научно-исследовательских и территориальных программ по развитию онкологической помощи населению.

Уровень онкологической заболеваемости в России (на 100 тысяч)





Софья Львовна Дарьялова - Заслуженный врач России, Лауреат Государственной премии РФ, профессор кафедры онкологии факультета постдипломного образования ММА им. И. М. Сеченова и Московского научно-исследовательского онкологического института им. П. А. Герцена. Договариваясь о встрече, мы обговорили с ней тему предстоящей беседы - врачебная тайна в онкологии. Но разговор, как это часто бывает, вышел за пределы намеченной схемы...

- Врачебная тайна - тема выстраданная, больная. Я ведь сорок лет работаю в онкологии. Раньше всех прихожу в институт, позже всех ухожу. Это моя жизнь. И, тем не менее, вопрос - надо ли говорить пациенту правду о диагнозе - для меня всегда труден. В последние годы, когда появилась возможность чаще бывать за рубежом, у некоторых моих коллег изменился взгляд на эту проблему. В Российской Федерации появился даже закон, где сказано: по первому требованию больного врач обязан предоставить всю документацию, касающуюся его здоровья. Я же считаю, что, слава Богу, врачи и больные об этом законе плохо знают! Мое глубокое убеждение - наше общество не готово к тому, чтобы мы сообщали онкологическим больным всю страшную правду. Почему? Постараюсь объяснить.

Главной врачебной тайной у нас является диагноз, от него зависит все остальное - и лечение и прогноз. Если ты сказал "А", то надо говорить и "Б". **Степень правды, которую мы можем позволить себе сообщить больному, напрямую зависит от той помощи, которую мы можем ему оказать.**

ВРАЧЕБНЫЕ ТАЙНЫ

Вот американцы, например, провозгласили лозунг "Жизнь без боли и достойное умирание". Больным там сообщают правду о диагнозе и прогнозе, а скрывать и говорить неправду считается безнравственным. У них колоссальные средства тратятся на то, чтобы люди знали о возможностях медицины и не боялись болезни. Там открываешь журнал и видишь: вот жена Президента США Ненси Рейган, у которой удалена грудь - вот он, ее рубец, она уже 20 лет жива-здоровая. Самого Рейгана дважды оперировали по поводу рака кишечника, но и он жив.

В развитых цивилизованных странах существуют мощнейшие программы психологической поддержки онкологических больных, которые субсидируются правительством, кроме того, само население собирает и жертвует на это огромные деньги. Активно действуют армии волонтеров - добровольцев или родственников тех больных, кто был излечен или тех, кто умер. Если американец заболел раком, он знает, что не останется один, общество поможет ему в борьбе со страшным недугом. Тут же появляется кто-то из волонтеров, начинает его холить и лелеять, успокаивать, указывать на выздоровевших, короче - всячески поддерживать силу духа. Если нужны деньги - они собираются. Поэтому в американской больнице, где мне довелось побывать, вполне обычна такая ситуация: профессору на обходе докладывают: "У больного Смита рак легкого. Оперировать нельзя. Химиотерапия - процент улучшения такой-то, стоит столько-то. Лучевая терапия - стоит столько-то, шансов на успех столько-то. Больной пока думает".

А что же у нас? Онкологический больной в России умирает в таких нравственных и физических мучениях, которые трудно себе представить! Общество не готово его поддерживать, он остается один на один со своим горем. А как больному сказать правду, если он сам и все окружающие уверены, что рак неизлечим? Между тем, среди нас ходят тысячи всем хорошо известных людей - кинозвезд, политиков, деятелей науки и искусства, полностью излеченных от этого заболевания! Но мы молчим, скрываем, нам этика не позволяет об этом говорить. А если бы мы могли это сообщить, а к этой обнадеживающей информации добавить гарантии, что страховое общество, куда мы все платим взносы, даст каждому возможность обратиться, скажем, в НИИ им. Герцена или в другую передовую клинику и получить максимальную помощь, на которую современная медицина сегодня способна! (Хотя, честно говоря, в полной мере этого нет и в США, там тоже возможности страхового общества ограничены, достаточ-

но и злоупотреблений). Тогда, наверное, и мы не прибегали бы ко лжи во спасение. Но, к сожалению, об этом можно только мечтать. Ведь если больной живет в деревне где-нибудь под Ростовом, то он попадет лишь в областную онкодиспансер, где ему, скорее всего, мало чем смогут помочь. Вот вам пример. Рак шейки матки 3-й стадии в нашем институте излечивается только облучением, без операции, в 73% случаев! А по России этих счастливых случаев всего 38 - 40%. Почему так? Или нет врача нужной квалификации, или нет аппаратуры, или нет лекарств.

Сегодня самая большая беда и боль в онкологии - это запущенность болезни по вине врачей. Раньше считалось, что 25% опухолей поздно диагностируются из-за бессимптомного течения заболевания, 25% по вине больного из-за боязни обратиться к врачу, а 50% по вине врачей. Сейчас же доля врачебной вины в поздней диагностике даже по Москве увеличилась до 70%. Вот пройдемте по палатам института им. Герцена. Мужчина средних лет приходит к врачу в поликлинику, жалуется на кровянистые выделения из прямой кишки. Диагноз - геморрой, ему назначают свечи. И все. Уже в запущенном состоянии он оказывается у нас. А ведь ничего было не нужно, никакого компьютера, только онкологическая настороженность - обследовать прямую кишку пальцем. Или другой пациент: у двадцатилетнего юноши появился узел на шее. В поликлинике, не глядя, лечат лимфаденит, а у парня рак носоглотки, раннюю стадию которого мы излечиваем почти стопроцентно. В результате - запущенный случай, который требует огромного комплекса диагностических и лечебных мероприятий - химиотерапия, облучение, ультразвук, гипертермия, фотодинамическое лечение и так далее. Мы вылечиваем, но с каким трудом! А всего надо было в поликлинике - внимательно посмотреть носоглотку и своевременно направить пациента в онкологическую клинику.

Недавно наш большой коллектив, и я в том числе, получил Государственную премию РФ за разработку новых лечебных комплексов. Теперь мы должны внедрить эти комплексы в практическое здравоохранение. Наша кафедра создана при ММА им. Сеченова специально для обучения столичных специалистов. В Москве 46 тысяч терапевтов, а я могу пропустить за год не более 150 человек. Вот приходит с участка терапевт пенсионного возраста и во время вводной лекции откровенно скучает. Он уверен, что рак неизлечим, и что мы просто, как говорят, вешаем им лапшу на уши. "А что же вы делаете, если к вам приходит больной раком?" - спрашиваю я.

“Переводим на инвалидность и назначаем наркотики” - отвечают. А когда я этих врачей вожу по палатам и показываю результаты, они поражаются, сидят и плачут, понимая, скольких больных просто обрекли на смерть, отсеки от современной помощи. Конечно, пациенту такого врача правду говорить нельзя - она ему ничем уже не поможет, а только добьет.

Расскажу еще один ужасный случай. Девочка, москвичка, 14 или 15 лет, говорит маме, что у нее появились кровянистые выделения из половых путей. Мама повела ее к гинекологу, которому удалось, несмотря на то, что девочка была девственницей, разглядеть шейку матки и увидеть там язву. “Мама, - безапелляционно заявила она, - а у вашей дочки сифилис”. Мать стала насаждать на дочку, та, естественно все отрицала. Ужас был еще и в том, что врач этот, работая в школе, не удержалась и все разболтала. Короче, девочку начали травить, она сделала попытку самоубийства. Ее вынули из петли и послали обследоваться к психиатру, который, единственный, ей поверил, и девочка наконец попала к нам с раком шейки матки 3-й стадии! Мы ее вылечили, но рожать она никогда не будет. И только потому, что гинеколог не знал, что у детей бывает рак!

Как это ни парадоксально звучит, но сегодня для многих наших сограждан самая большая тайна заключается в том, что рак 1-й и 2-й стадии излечивается почти в 100% случаев! Смотрите: рак молочной железы - 90% излечения, рак желудка - 90%, рак легкого - в 1 - 2 стадии нет вопросов! (Примерно в 10% случаев мы ошибаемся - не можем определить метастазы). Сейчас рак не судьба и не приговор - это просто диагноз. И чем раньше он поставлен - тем больше надежды на успех. Развилась целая система реконструктивных подходов при самых различных локализациях опухоли. При гинекологическом раке у нас уже более трех сотен детей, рожденных нашими бывшими

пациентками - после излеченной хорионэпителиомы, рака яичников 1-й стадии, рака шейки матки 1-й стадии. **Есть виды онкологических заболеваний, которые излечиваются на всех стадиях.** Рак щитовидной железы со множественными метастазами в легкие у детей мы излечиваем в 97%! У меня лично наблюдается 40 детей, рожденных от тех больных, которые в детстве лечились радиоактивным йодом по поводу множественных метастазов рака щитовидной железы в легкие.

Вот о чем надо постоянно говорить, эти достижения надо пропагандировать. А у нас экстрасенсы-шарлатаны, имеющие большие деньги, через телевидение и газеты рекламируют в качестве эффективных средств от рака то Витурит, то жидкость Шевченко, то еще какие-то снадобья. Это же профанация, заведомый обман! За такой “рекламой” стоят тысячи больных, умерших от запущенных, по вине безграмотных целителей, болезней! Когда же мы однажды попытались через СМИ эту чушь опровергнуть, нам сказали: платите 100 тысяч долларов за пять минут эфирного времени и объясняйте. Но откуда у нас такие деньги?

Вот как все непросто с врачебной тайной. Не сказать больному правды - упустить его. Но если сказал - надо сделать все, чтобы ему помочь. Над каждым больным надо думать и формулировать для каждого версико. Надо говорить ровно столько, чтобы больной успел получить вовремя нужное лечение, чтобы он не потерял надежды, не впал в апатию. Надо знать, в конце концов, с кем ты имеешь дело! Информация должна быть правдивой, но не убивающей. В этом заключается искусство врача, такой подход в традициях русской медицинской школы.

Знаете, а за рубежом лечат не лучше, а зачастую даже хуже чем у нас! Правда, я имею ввиду наш институт и другие крупные научные центры. Одна из острых проблем американской медицины - механистичность. Там врач больного по-

что уже и не видит: все в компьютере - УЗИ, ядерно-магнитный резонанс, все, что у нас трудно и дорого, а там доступно. Он анализирует результаты исследований на дисплее и ставит диагноз. “А больного посмотреть вы не хотите?” - спрашиваю я. “Зачем? И так все видно. Он уже назначен на операцию по поводу рака желудка”. Я вызываю пациента, разговариваю с ним минут 40, раздеваю и вижу надключичный узел. Сделали пункцию, и через 15 минут лаборатория дает ответ - метастаз рака желудка, вряд ли его надо оперировать.

И последнее, о чем я хотела бы сказать. И врачу, и пациенту надо стараться сохранять оптимизм, веру в чудо. У нас в институте сейчас лежит очень смешной на вид пациент: мужчина 62 лет, очень маленького роста. Сын у него “новый русский”, а сам он - хронический алкоголик. Поступил с диагнозом: рак носо-рото-гортано-глотки, метастазы буквально подпирали голову. Я сказала сыну, что отец абсолютно некурабелен - печень в жутком состоянии, он может просто не вынести лечения. Сын настаивал на лечении. Тогда я говорю ему: да, ваш отец безнадежен, но мне, как ученому, очень хочется попробовать за него взяться. Сын согласился. И что же? Мой пациент перестал пить, стал разговаривать. Кстати, у него параллельно обнаружили еще и плоскоклеточный рак легкого, и рак предстательной железы. И мы все это поэтапно лечили. И вылечили. Больной совершенно ожил, даже начал ухаживать за нашими врачами.

А что касается врачебной тайны, повторю еще раз. Очень хочется надеяться, что наше общество придет к пониманию необходимости самой активной помощи больным и умирающим. У нас в Институте открылось отделение паллиативной помощи, в Москве и Санкт-Петербурге действуют несколько хосписов. Там есть масса паллиативных вмешательств, которые улучшают качество жизни таких больных, дают им возможность умереть достойно. Когда это все будет доступно каждому тяжело больному, тогда и вопрос о врачебной тайне будет звучать иначе.



Химиотерапия как наука насчитывает чуть более 50 лет. В 1946 году появились первые сведения об успешном лечении онкологических больных эмбихином. Долгие годы основными в лечении раковых опухолей был хирургический метод и лучевая терапия. Химиотерапевтам доставались самые запущенные, самые тяжелые больные с распространенными формами болезни. Достать метастазы зачастую не могут ни скальпель, ни луч - только лекарства. Успехи химиотерапии сдерживались из-за огромного количества тяжелых побочных явлений. Больные, с подорванной иммунной системой, становились совершенно беззащитными и часто погибали не от основного заболевания, а из-за банальных госпитальных инфекций.



БЛИСТАТЕЛЬНЫЙ РЫВОК ХИМИОТЕРАПИИ

Но шли годы, ученые всего мира, в том числе и наши отечественные, многому научились. Российский онкологический Научный Центр им. Н. Н. Блохина РАМН - флагман отечественной онкологии. Его химиотерапевтические отделения - это клиники мирового класса. Сегодня мы говорим об успехах онкологии, говорим с людьми, которые сделали все для того, чтобы этот успех состоялся и приумножился. Гостями нашего "круглого стола" являются заведующий отделением клинической фармакологии профессор А. М. Гарин, заведующий отделением комбинированных методов лечения и химиотерапии профессор М. Р. Личиницер, ведущий научный сотрудник отделения химиотерапии, которым руководит профессор В. А. Горбунова, профессор М. Б. Бычков и доктор медицинских наук, руководитель лаборатории антимикробной химиотерапии Н. В. Дмитриева.

Итак, вопрос первый. Какое место занимает сейчас химиотерапия в арсенале врачей-онкологов?

Профессор М. Б. Бычков:

- Это очень интересный вопрос. За последние 20 - 30 лет положение изменилось. При ряде локализаций она с третьего места переходит на второе и даже первое. Это больные с хорионэпителиомой матки, которые ранее в ста процентах случаев погибали, а теперь вылечиваются, больные с мелкоклеточным раком легкого, еще не так давно умиравшие через три месяца от постановки диагноза, а сейчас живущие 8 - 10 лет. У нас есть больной, который прожил с этим диагнозом уже 17 лет. Что касается хорионэпителиомы, то раньше после удаления матки больные умирали от метастазов. Сейчас метастазы лечатся при помощи химиотерапии, матку не удаляют, опухоль в ней рассасывается, и такие женщины после лечения рожают здоровых детей. Таких в мире уже тысячи!

Профессор А. М. Гарин:

- У больных, которые лежат в наших отделениях, рак уже вышел за пределы первичного очага. Это так называемые солидные опухоли. Мы сконцентрировались на лечении герминогенных опухолей - опухолей яичка и яичника, рака молочной железы. Что значит химиотерапия в этих случаях? Опухоли яичка, встречающиеся обычно у молодых ребят, излечиваются в 85% случаев с помощью лекарств даже в 4-й стадии заболевания. С ножом за метастазами не угнаться. Кроме того, любое хирургическое вмешательство - травма, удаленный орган не восстанавливается. Осложнения же, вызванные химиотерапией, регрессируют, и это еще один плюс в сторону ее применения.

Профессор М. Р. Личиницер:

- Наше отделение занимается проблемой комбинированного лечения. Путем сочетанного применения химиотерапии с хирургическим лечением удается значительно уменьшить объемы хирургического вмешательства. Вот рак молочной железы у мо-

лодых женщин. После лекарственного лечения удается сделать маленькую операцию, удалить не всю железу, а только ее часть. А иногда после химиотерапевтического лечения даже опухоли не находят!

Химиотерапевтические отделения ОНЦ РАМН включены в огромное количество международных программ. Самые тесные связи существуют между онкологами нашей страны и соответствующими специалистами США и Европы. Здесь проводятся клинические испытания практически всех противоопухолевых препаратов - и отечественных, разработка которых в последние годы, к сожалению, практически свернута, и зарубежных. В чем особенности этого раздела работы?

Профессор А. М. Гарин:

- Мы занимаемся разработкой лекарственных методов терапии - химиотерапии, иммун-



ной терапии, комбинированной иммуно-химиотерапии, гормональной терапии ряда опухолей. Ведь каждый вид опухоли отличается от другого своей чувствительностью к лекарственным препаратам, поэтому к каждому приходится подбирать свои ключи. Апробация препарата - довольно большой путь. Экспериментальный препарат сразу широко применять нельзя. Изучается токсичность лекарства, его переносимость, подбираются такие дозы, при которых повреждается только опухоль, а здоровые системы не страдают или страдают минимально, уточняются интервалы между курсами - они должны быть достаточны для восстановления организма, в то время как опухоль восстановиться бы не успела. Поэтому у нас и применяется цикловое лечение - больной получил лекарство, выписался и поступил повторно через 3 - 4 недели.

Жаль, что у нас в стране ослаблена работа по созданию наукоемких препаратов - фундаментальные науки из-за финансовых трудностей чувствуют себя не очень уверенно, ослабили связи онкологов с химиками. А ведь работа по созданию препаратов - многолетний, кропотливый труд, требующий многогранных продуманных экспериментов. Занимаются этим в институте экспериментальной терапии, но сейчас многие работы просто свернуты.

Профессор М. Р. Личиницер:

- Кроме препаратов, являющихся новыми формами имевшихся ранее, мы занимаемся и изучением совершенно новых подходов к лечению. Вот сейчас мы начинаем изучение нового оригинального отечественного препарата - фактора некроза опухоли. Недавно нами был получен грант от Правительства РФ в 100000\$ для развития молекулярно-биологических исследований в клинической онкологии. Ведь все, что было достигнуто в генетике, молекулярной биологии, геной инженерии, касалось до сих пор доклинического этапа. Сейчас, с развитием методологии, это пришло в клинику. Теперь мы все это изучаем у людей. И оказалось, что определение некоторых онкогенов или факторов роста в большей степени определяет выбор лечения, чем многие другие известные крите-



рии. Оказалось, что многие больные имеют гиперсекрецию фактора *хер-2-нео*, из семейства факторов роста. Исходя из этого факта, в США был создан препарат *херцептин*, принадлежащий к моноклональным антителам, который во многих случаях побеждает опухоль даже тогда, когда химиотерапия безуспешна. Сейчас ведутся огромные работы на этом пути - например, к *херцептину* присоединяют фактор некроза опухоли. Появились противоопухолевые вакцины, много совершенно блистательных направлений. Мы сейчас занимаемся по специальной методологии исследованием ангиогенеза. Это очень важная проблема, ведь без развития сосудов опухоль не растет. Первичная опухоль сдерживает развитие метастазов, но с ее удалением метастазы начинают бурно развиваться. Если же, удалив опухоль, дать антиангиогенный препарат, то метастазы не разовьются. Оказалось, что когда ангиогенез сдерживается, опухоль не растет и наступает апоптоз - запрограммированная гибель клеток, приводящая к разрушению опухоли.

Сегодня есть новое направление, связанное с влиянием на онкоген Р-53, запускающий механизм апоптоза. Насколько это важно, можно проследить на примере опухоли яичка. В семиноме Р-53 не мутирован, как в большинстве опухолей, а нормален. Поэтому достаточно 1 - 2 курсов химиотерапии и опухоль начинает разрушаться, исчезать. Сейчас в США ведутся исследования по внедрению в другие опухоли вместо мутированного гена Р-53, неспособного вызвать апоптоз, нормального.

В химиотерапевтических отделениях постоянно проходят клинические испытания многие препараты, в том числе и совсем новые. За рубежом больному даются исчерпывающие сведения о препарате, его побочных действиях, подписывается т.н. "протокол согласия". А как у нас обстоят дела с предоставлением подобной информации?

Профессор М. Б. Бычков:

- Это очень большая проблема. У нас люди боятся самого слова рак, что, кстати, зачастую и приводит к позднему обращению. Санпросвет поставлен ужасно. Что касается лекарств и новых обследований, мы должны, поскольку принимаем участие в международных протоколах, соблюдать и международные нормы. Но вот посмотрите на бланк протокола согласия - здесь на нескольких страницах больному полностью сообщают о диагнозе, о предстоящем лечении, о возможных осложнениях и побочном действии препарата. Мы нашим больным можем эти сведения сообщить в самой мягкой, сжатой форме, иначе он просто откажется от лечения. Но ведь больной сам должен распоряжаться своей жизнью и здоровьем! Мы за него этого делать не должны. Я думаю, с развитием в стране соответствующей юридической практики эти вопросы будут стоять все острее.

Профессор М. Р. Личиницер:

- Если больной отказывается по тем или иным причинам от лечения, я не должен его уговаривать. Мое дело - точно объяснить больному наши возможности, а решать он должен, безусловно, сам.

И если один больной не хочет лечиться, то другой, наоборот, настаивает на непрерывном лечении - все его надежды связаны с этим. Кстати, наиболее радикальны в этом вопросе американцы и это связано с развитой юридической системой. Наша позиция приближается к европейской. Очень много зависит от интеллекта больного, от его моральных сил. Если мы считаем, что он психологически выдержит, мы скажем ему правду, умолчав, впрочем, о совсем плохом прогнозе, не лишая его надежды.

Многие и сейчас считают, что выдерживать химиотерапевтическое лечение очень непросто - слишком уж много ужасов наслушались о страшных побочных явлениях его - о неукротимой рвоте, лишающей человека последних сил, о нарушениях в кроветворных органах, лишающих человека иммунной защиты и



пр. Последняя тема нашего разговора - улучшение качества жизни онкологических больных. Что для этого сегодня делается?

Доктор мед. наук Н. В. Дмитриева:

- Для улучшения качества жизни онкологических больных, безусловно, имеет большое значение правильно налаженная работа по профилактике и лечению госпитальных инфекций в послеоперационном периоде и в ходе химиотерапевтического лечения. Наша лаборатория призвана проводить постоянный мониторинг больничной флоры, следить за сменой возбудителя и за изменением его чувствительности к антибиотикам. Это позволяет грамотно построить стратегию и тактику антибиотикотерапии, в зависимости от состояния больного, глубины и длительности нейтропении. Задача эта непростая - ведь с применением антибиотиков постоянно меняется микробная флора, которая приобретает высокую устойчивость к препаратам, что требует применения новых антибиотиков и режимов их введения. Большое значение в последнее время получило использование противогрибковых и противовирусных средств. Наша работа позволила накопить большой опыт в профилактике и лечении инфекций при нейтропении, т. н. фебрильной нейтропении, что не очень хорошо изучено в нашей стране, хотя за рубежом этому уделяют большое внимание.

У химиотерапевтических больных выбор антибактериальных препаратов зависит от глубины и предполагаемой длительности нейтропении. Существует несколько режимов их применения. Как правило, это комбинация двух антибиотиков, только четыре разрешено использовать в монорежиме. Это два антибиотика из группы карбапенемов - цефтазидим и цефепим. Обычно используют синергидную комбинацию: один из цефалоспоринов 3-го поколения с аминогликозидом. Если эффект не получен, существует вторая линия, основанная на добав-

лении гликопептидов, действующих на метициллинрезистентные стафилококки, поскольку сегодня этот возбудитель стал актуальным в клинике. Эти же антибиотики используются при лечении энтерококковой инфекции. Существует и третья, и четвертая линия терапии, включающая добавление антигрибковых и противовирусных препаратов. Все это, повторяю, требует оперативного мониторинга.

Профессор М. Б. Бычков:

- При целом ряде опухолей нам приходится прибегать к применению высокодозной интенсивной химиотерапии. К ним, в частности, относится и мелкоклеточный рак легкого - опухоль злая и не очень чувствительная к обычным дозам препаратов, высокие же дозы вызывают, как правило, и глубокое угнетение кроветворения, не позволяющее нам проводить введение препарата без больших интервалов. Помочь здесь может группа колониестимулирующих препаратов. В частности, с одним из таких препаратов, *Лейкомаксом*, мы провели очень интересные исследования. Вводя его буквально на второй день после лечения, мы добивались на 12 - 13 день восстановления кроветворения, и могли вводить химиотерапевтические препараты повторно не через три, как обычно, а через две недели. При этом появилась возможность не снижать дозы препаратов. Метод этот оказался достаточно эффективным и более щадящим для больного.

Профессор А. М. Гарин:

- Действительно, мы научились бороться с многими токсическими проявлениями химиотерапевтических средств. Одним из таких мучительных проявлений, заставляющих больных отказываться от лечения, является неукротимая рвота. Она возникает вследствие высвобождения в кишечнике огромного количества серотонина. Серотонин, связываясь с рецептора-

ми, передает сигнал в рвотный центр. *Новобан* и другие препараты этого ряда, блокируя соответствующие рецепторы, прерывают эту цепочку. Сейчас можно уже сказать, что рвота не может быть основанием для отказа от проведения химиотерапевтических курсов, в том числе и интенсивных, высокодозных.

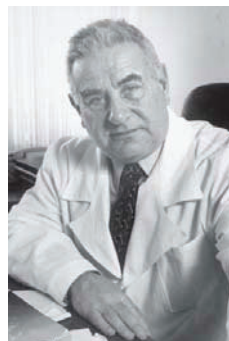
Известно, что при распространенной форме рака молочной железы возникают достаточно часто метастазы в кости, вызывая у больных сильнейшие боли. Появилась группа препаратов, нормализующих содержание кальция в крови и уменьшающих болевой синдром в костях - это так называемые бисфосфонаты, к которым, в частности, относится *Аредиа*. Препарат вводится один раз в четыре недели и больные перестают жаловаться на боли в костях. Кроме того, и это очень важно, препарат этот еще и тормозит развитие самих метастазов.

Одним из жестоких симптомов рака поджелудочной железы является непрекращающийся понос, буквально изматывающий пациентов. Улучшает качество их жизни препарат *Сандостатин*.

Существует целая группа препаратов, применяющихся у женщин в менопаузе при раке молочной железы. Здесь в первом ряду у женщин этой возрастной группы стоят антиэстрогенные препараты, такие как *тамоксифен*, а во втором - новые ингибиторы ароматазы, фермента, блокирующего образование эндогенных эстрогенов из андрогенов, например, *Фемара*. Препараты эти очень активны, и, вероятно, очень скоро будут применяться в первой линии послеоперационной эндокринологической терапии и при лечении запущенной формы этой болезни.

Поиск препаратов, улучшающих качество жизни больных продолжается, это очень перспективное направление.

**Материалы стр. 3 - 7 подготовили
М. Кукулевич и Т. Нефедова.
Фото В. Афанасьева**



ПРОБЛЕМЫ КОСТНЫХ МЕТАСТАЗОВ ПРИ ДИССЕМИНИРОВАННОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А. А. Буланов, А. М. Гарин, Российский ОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН

Костное метастазирование

Кости - излюбленное место метастазирования рака молочной железы. По данным статистики среди онкологических пациентов с метастазами в кости - у 50 - 70% рак молочной железы.

Наиболее часто поражается позвоночник (69%), затем таз (41%), бедра (25%), череп (15%), верхние конечности (10 - 15%). У большинства больных имеются множественные очаги поражения в разных костях, и этим объясняются "несуразные" на первый взгляд цифры с процентом метастазирования.

В 30 - 50% скеннирование скелета позволяет заподозрить костное метастазирование при раке молочной железы. Метод этот неспецифический, и положительный результат может быть при воспалительных и посттравматических изменениях. Отрицательные заключения при рентгенографии костей часто ошибочны, для визуализации метастазов на рентгенограммах необходимо, чтобы опухоль разрушила их до 40 - 50%. Компьютерная томография и ЯМР - более точные методы диагностики. Щелочная фосфатаза - наиболее надежный маркер метастазирования в кости.

При положительных рецепторах в опухолях приоритеты отдаются эндокринной терапии, при отрицательных - химиотерапии на основе атрациклинов. Лучевая терапия используется в комбинации с химиотерапией.

Боли при костном метастазировании

Они ничем не отличаются от болей при первичных опухолях костей, носят прерывистый или постоянный характер. Боли в костях могут быть купированы с помощью наружного облучения, применения противоопухолевых препаратов и бисфосфонатов при преимущественном литическом поражении.

При болях, обусловленных метастазами рака молочной железы по остеобластическому типу, в последние годы применяют стронций-89. Он обеспечивает уменьшение на 3 - 4 месяца болевого синдрома у 80% больных (в 20% - эффект полный). Применение метастрона не требует госпитализации и повторяется каждые 3 месяца.

Патологические переломы встречаются у 9% пациентов с костными метастазами, в 53% - это больные раком молочной железы. Если поражение лишь 25% надкостничного слоя, переломы в трубчатых костях редки, при разрушении от 25 до 50% они наблюдаются у 61%; когда надкостница поражается более чем в 50%, переломы отмечаются в

75% случаев. Ортопедическое пособие обязательно - оно включает в себя иммобилизацию, остеосинтез, артропластику и т. д.

Компрессия спинного мозга при костном метастазировании

Синдром сдавления спинного мозга при метастазировании в позвоночник при раке молочной железы в среднем отмечается через 4 года после диагностики первичного очага.

Метастазы в позвоночник попадают, главным образом, через артериальную систему и венозные позвоночные сплетения. Чаще поражаются тела позвонков, а затем, дуги и остистые отростки. Сдавление спинного мозга происходит за счет прямой опухолевой инвазии после разрушения позвонков, либо через невральные отверстия.

Грудные позвонки - самое частое место в позвоночнике, куда "устремляются" метастазы - 70%, затем следует люмбосакральный отдел - 20% и шейный отдел - 10%.

Симптоматика компрессии спинного мозга зависит от уровня и степени поражения позвонков.

Процесс сдавления может быть многомерным. У некоторых больных метастазирование в позвоночник бывает асимптоматичным, скрытым, метастазы выявляются лишь при контрольном скеннировании.

Первые симптомы - это боли. Они возникают у 80% пациентов. Боли появляются, когда имеются микропереломы, возникающие вследствие опухолевого разрушения кости. Боли бывают либо тупые, постоянные в спине, либо корешковые, с иррадиацией в плечо, ногу. Интенсивность болей значительна, пациенты принимают вынужденное положение. Боли могут длиться месяцами до развития неврологической симптоматики. Включение лучевой терапии костных очагов поражения в состав комплексного лечения на данном этапе желательны.

При прогрессирующем сдавлении спинного мозга появляется слабость в ногах, затем развиваются расстройства чувствительности, начиная с онемения пальцев или парестезии, со временем эти ощущения поднимаются вверх по конечностям.

Двигательные нарушения и дисфункция тазовых органов могут возникать остро. Непроизвольное мочеиспускание, запоры, ложные позывы к дефекации, параличи - симптомы финальной стадии сдавления спинного мозга. Хирургическое вмешательство на позвоночнике (чаще ламинэктомия) выполняется в экстренном порядке.

После развития параличей продолжительность жизни больных измеряется неделями или, в крайнем случае, месяцами.

Гиперкальциемия при костном метастазировании

Гиперкальциемия - серьезное осложнение, которое может возникать у больных раком молочной железы при метастазах в кости.

Гиперкальциемия осложняет течение рака молочной железы. Нераспознавание этого сложного осложнения может привести к гиперкальциемическому кризису, исход которого опасен для жизни.

Основным механизмом гиперкальциемии является увеличение процессов резорбции кости благодаря активации остеокластов.

При метастазах рака молочной железы в кости может возникнуть нарушение равновесия между костеобразованием и лизисом костей, это ведет к значительным выбросам кальция в плазму.

Разрушение костей в результате активации остеокластов главный, но не единственный механизм гиперкальциемии.

Первой линией терапии гиперкальциемии принято считать применение бисфосфонатов. Эта группа веществ получена из пиррофосфанатов.

Бисфосфонаты обладают строгим аффинитетом к ионам металла, с которыми они образуют комплексы и агрегаты. Главным в механизме их действия при гиперкальциемии или литических метастазах в кости является связывание с кристаллами фосфатов кальция, они тормозят рост агрегации и растворимость кальция.

Бисфосфонаты оказывают прямой эффект на остеокласты, подавляя их активность и уменьшая их число и увеличивая костеобразование.

Лучше других изучены памидронат (Аредиа) и клодронат, первый более эффективен. После введения Аредиа нормализация Са в крови достигается через 3 - 5 дней, а полный эффект наступает через неделю, тормозится процесс реабсорбции фосфатов, прекращается кальциурия и выделение гидроксипролинов (продукты гидролиза коллагенов).

При наличии литических метастазов сокращается частота появления новых очагов, ослабляются боли в костях, снижается частота патологических переломов, сдавления спинного мозга. На 40 - 50% по сравнению с контролем, уменьшается благодаря бисфосфонатам потребность в лучевой терапии "горячих метастатических литических очагов".

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

И. В. Поддубная, зав. кафедрой онкологии, д. м. н., профессор РМАПО

Двадцатый век ознаменовался увеличением различных недугов, поражающих население планеты. Первой причиной гибели людей являются сердечно-сосудистые заболевания (33,5%), а второй – онкологическая патология (23,5%). В России ежегодно выявляется 400 - 450 тыс. больных, а на конец 1997 находилось под наблюдением около 2 млн. (1.969.787) пациентов.

Гемобластомы являются той патологией, которая поражает человека в любом возрасте: в детском возрасте гемобластомы составляют практически половину онкологической патологии, в зрелом возрасте они несколько уступают по частоте солидным опухолям (раку молочной железы, легкого, простаты и др.). Успехи современных лечебных подходов в онкологии наиболее выразительны именно при гемобластомах: более 5 лет переживают 48% больных лимфомами и 36% больных лейкозами, при лимфогрануломатозе 10-летняя выживаемость превышает 90%, а 5-летняя безрецидивная выживаемость больше 80%, медиана выживаемости фолликулярных неходжкинских лимфом составляет 7 - 10 лет.

Основным методом лечения гемобластом является химиотерапия.

Однако химиотерапия обладает выраженной, но преходящей токсичностью. В основе ее лежит феномен отсутствия избирательности действия противоопухолевых агентов, т. е. способность последних повреждать как опухолевые клетки, так и здоровые органы и ткани, в особенности обладающие высоким индексом пролиферации (костный мозг, эпителий желудочно-кишечного тракта, гонады и др.). Потребность в проведении длительного лечения сопровождается побочными токсическими реакциями, может ухудшать качество жизни больного, а именно улучшение качества жизни онкологического больного является одной из ведущих задач современной клинической онкологии. Это стало реальным в последние годы за счет использования агентов, направленное действие которых способно оказывать как профилактический, так и корригирующий эффект при разного рода осложнениях лечения (в частности химиотерапии).

При лечении больных гемобластомами наиболее частой токсичностью является миелодепрессия. Угнетение различных ростков кроветворения сопряжено с риском развития инфекционных осложнений (при нейтропении), геморрагического диагноза (при тромбоцитопении). Эффективными средствами профилактики и борьбы с миелотоксичностью являются гемоцитокины, оказы-

вающие стимулирующее влияние на клетки различных ростков кроветворения. Наиболее часто повреждается миелоидный росток кроветворения, что значительно повышает риск развития инфекций, т. к. основную защитную роль выполняют нейтрофилы и моноциты-макрофаги. Для профилактики и коррекции нейтропении должны использоваться колониестимулирующие факторы (КСФ): гранулоцитарный (Г-КСФ - Граноцит, Нейпоген) или гранулоцитарно-макрофагальный (ГМ-КСФ – Лейкомакс). Г-КСФ обладают способностью в более ранние сроки увеличивать количество нейтрофилов в периферической крови за счет значительного сокращения времени их созревания. ГМ-КСФ - Лейкомакс (молграмостим) позднее восстанавливает число нейтрофилов, но повышает активность макрофагов, что обеспечивает усиление противомикробной активности нейтрофилов, способствует уничтожению внутриклеточных микроорганизмов и оказывает опосредованное противогрибковое действие. Лейкомакс также оказывает определенное влияние на рост мегакариоцитарных и эритроцитарных предшественников. Наиболее очевидные положительные результаты достигаются при назначении Лейкомакса больным с высоким риском инфекционных осложнений (наличие хронических инфекций, пожилой возраст, эпизоды нейтропенических инфекций в анамнезе, в особенности – грибковых).

Узаконенным традиционным является использование Лейкомакса в дозе 5 мкг/кг массы тела подкожно ежедневно с первого дня интервала химиотерапии (с профилактической целью) или с момента снижения числа нейтрофилов ниже 1500 в 1 мкл (с корригирующей целью) до стойкого восстановления количества нейтрофилов выше 1500 в 1 мкл (обычно в течение 5 - 10 дней). Препарат удовлетворительно переносится; наиболее часто встречаются аллергические побочные реакции (в месте инъекции или системные). Продолжают изучаться и другие возможности ГМ-КСФ.

Знаменательно, что Т. Buchner (1996), подводя итоги использования ГМ-КСФ у больных острым миелоидным лейкозом, подчеркнул целесообразность и безопасность его применения после окончания химиотерапии и показал пути расширения его использования за счет потенцирования эффекта цитостатиков (в частности, цитозинарабинозида) и “подготовительной терапии” – у молодых за 24 - 48 час. до химиотерапии, у пожилых – одновременно с химиотерапией. Идея защиты костного мозга от повреждающего эффекта цитостатиков пока-

зана Aglietta M. (1996) при назначении Лейкомакса за 4 - 7 дней до начала химиотерапии по схеме МОРР/ABVD при болезни Ходжкина – у большего числа больных удалось соблюсти режим лечения без нейтропенических инфекций.

Большие проблемы у больных возникают при поражении костей. Возможность поражения скелета при гемобластомах очевидна, но реализуется с неодинаковой частотой при разных заболеваниях: если при множественной миеломе поражение костей является основой клинических проявлений, то при болезни Ходжкина (лимфогранулематозе) и неходжкинских лимфомах (лимфосаркомах) вовлечение костей в патологический процесс наблюдается лишь в 10 - 15%. Ведущими симптомами местного клинического проявления специфического поражения костей являются постепенно нарастающие боли вплоть до нарушения функции конечности или суставов и развития патологических переломов. Обширное диссеминированное поражение костей, носящее при гемобластомах преимущественно остеолитический характер, может сопровождаться клинически выраженной кальциемией.

Основными лечебными воздействиями в подобных клинических ситуациях являются химио- и лучевая терапия. Однако нередко терапевтический эффект бывает отсроченным, болевые ощущения усиливаются, существенно изменяя привычный режим жизни больного. Несомненные перспективы в лечении больных, особенно с остеолитическими очагами в костях, открываются при использовании бисфосфонатов, основным свойством которых являются противорезорбционная активность и обезболивающий эффект. Препарат памидронат (Аредиа) в 100 раз активнее этидроната и в 10 раз активнее клодроната. Аредиа избирательно уменьшает активность остеокластов, способствующих костной резорбции, уменьшает миграцию их в костную ткань. Последнее достигается за счет прочного связывания Аредиа с поверхностью кости, что делает кость менее доступной как для остеокластов, так и опухолевых клеток. Показанием к применению является остеолитическое поражение костей как с нормальным уровнем кальция в сыворотке, так и при гиперкальциемии. Использование препарата улучшает качество жизни пациентов за счет уменьшения болевого синдрома и количества патологических переломов костей. Рекомендуемые дозы (90 мг в виде 2 - 3 часовой внутривенной инфузии 1 раз в 4 недели) хорошо переносятся и оказывают быстро реализующийся эффект.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

П. В. Копосов, к. м. н., зав. отделением полихимиотерапии злокачественных новообразований РДЖБ

Качество жизни является широким понятием, в основу которого положены аспекты жизни пациента, связанные с медицинскими, психологическими, социальными и иными исходами заболевания. К ним относится, например, способность и реализация стандартов жизни: самообслуживание, обучение, общественная и семейная жизнь. Для оценки качества жизни у пациентов, страдающих различными соматическими заболеваниями, в том числе злокачественными новообразованиями, под термином «качество жизни» следует подразумевать лишь тот аспект, который напрямую зависит от здоровья.

Всемирная организация здравоохранения определила здоровье как «состояние полного физического, умственного и социального благополучия при отсутствии каких-либо заболеваний или немощи». Оценка здоровья детей, страдающих раком, не заключается в простой оценке параметров физического развития, роста-весовых показателей и пр. Для таких пациентов является крайне важным включение их эмоциональной и социальной характеристики в дополнение к физическому развитию.

В последние 10 - 15 лет благодаря фундаментальным исследованиям по биологии рака у детей, развитию новых медицинских технологий в лечении этой группы заболеваний достигнут значительный прогресс. В настоящее время при проведении современного комплексного лечения рака у детей выздоровление от него наступает более чем у 65% пациентов. Такие прекрасные результаты лечения злокачественных новообразований у детей достигнуты в результате применения высокоинтенсивного химиотерапевтического и лучевого лечения. Хорошая переносимость цитостатической терапии стала возможной, прежде всего, благодаря улучшению качества жизни при использовании этого лечения, уменьшению его токсических проявлений.

Сопроводительное лечение является неотъемлемой частью химиотерапии и включает проведение деконтаминации организма ребенка, обязательное назначение эффективной противорвотной терапии, борьбу с инфекционными осложнениями химиотерапии. Огромной заслугой улучшения качества жизни пациента, получающего химиотерапию, является борьба с тошнотой и рвотой. Благодаря созданию и внедрению эффективных антиэметиков стало возможным применение препаратов платины, высоких доз алкилирующих препаратов. Проведение химиотерапии обычно сопровождается угнетением костно-мозгового кроветворения с выраженной аплазией кроветворения и возникновением септических осложнений. Синтез рекомбинантных человеческих колониестимулирующих факторов (молграмостим, ленограстим, филграстим) и использование их в клинической

практике способствует уменьшению дней госпитализации в связи с менее выраженной нейтропенией, уменьшению количества трансфузий компонентов крови, уменьшению потребности в антибактериальной терапии. Например, применение рекомбинантного гранулоцитарно-макрофагального колониестимулирующего фактора – молграмостима, известного в России под названием Лейкомакс, позволяет сразу по окончании курса полихимиотерапии стимулировать пролиферацию гранулоцитов, макрофагов, мегакариоцитов и быстро восстановить защитные силы организма после цитостатического лечения. Одновременное применение Лейкомакса и других колониестимулирующих факторов позволяет эскалировать дозы цитостатиков для наиболее полной эрадикации опухоли. Психологический комфорт также способствует более спокойной переносимости ребенком цитостатического лечения.

Если еще 15 - 20 лет назад основной задачей детского онколога были излечение от рака и сохранение пациента, то в настоящее время эта основная задача дополнена другой немаловажной целью - уменьшением отсроченных побочных эффектов. Они не должны препятствовать пациентам - «долгожителям» интегрироваться в социум, получить образование, профессию, иметь возможность завести семью, чувствовать свою востребованность в обществе.

Для индивидуумов, переживших в детском или подростковом возрасте рак, оценка качества их жизни должна строиться на специальных инструментах оценки этого качества, отличных от подхода к взрослым пациентам. Очевидно, что физические последствия у детей более раннего возраста будут, как правило, выраженнее, чем у более старших к моменту начала лечения. К примеру, краниоспинальное облучение, при-

меняемое при некоторых злокачественных новообразованиях головного мозга, приведет к замедлению роста туловища на 2 - 3 см, если оно проведено в 10-летнем возрасте. Дефицит роста составит более 12 - 15 см, если такая же суммарная очаговая доза облучения будет подведена на спинной мозг в 3-летнем возрасте. С другой стороны, более старшие дети и подростки подвержены в большей степени риску психосоциальных последствий.

Немаловажным фактором, влияющим на качество жизни детей, перенесших рак, является само заболевание. Например, психологические, эмоциональные и физические исходы у ребенка, подвергшегося ампутации конечности при остеогенной саркоме, будут совершенно отличными, чем у ребенка, имеющего по окончании лечения комплекс неврологических, образовательных и эмоциональных последствий, после излеченной опухоли головного мозга.

Параметры общих оценок качества жизни у детей, выздоровевших от рака, приведены в таблице.

Стандарты адекватной оценки качества жизни, связанной со здоровьем, у детей дискуссионны. Уникальная ситуация для детей, излеченных от злокачественных новообразований, заключается в том, что они, как правило, не страдают от какого-либо хронического расстройства, но имеют определенные ограничения в здоровье (физические, социальные или психологические), которые могут продолжаться неограниченно долго. Поскольку количество детей и подростков, полностью излеченных от рака в России неуклонно возрастает, необходимо создание комплекса мер, направленных на их возвращение в обычную социальную среду, увеличение возможностей профессионального обучения и трудоустройства.

Основные параметры	Пояснения
Физическая активность / заболеваемость	Двигательная активность, отражающая основные возможности и физическое состояние здоровья - для определения возрастной активности, которая может быть подорвана последствиями хирургических вмешательств на конечностях, кардиореспираторными нарушениями, недостаточностью функции почек после химиотерапии или лучевой терапии
Психологическое самочувствие	Самооценка, настроение, его перепады: выражение счастья, печали, гнева
Социальная интеграция	Реинтеграция в школу, способность получения профессиональных навыков, способность общения со сверстниками, возможность завести друзей, наличие поведенческих проблем
Комфорт / боль	Частота возникновения боли, симптомов дискомфорта (например, желудочно-кишечные - наличие запора, илеостомы и пр., респираторные - ношение трахеостомы, и пр.), другого иного дискомфорта (постоянно, ежедневно, 2 - 3 раза в неделю, периодически)
Успехи познавательного развития	Возможности познания в контексте школьной программы или профессионального обучения, способность учиться и запоминать
Фертильность / сексуальная зрелость	(Для подростков и лиц молодого возраста)
Функции органов чувств	Возможность видеть, слышать и говорить соответственно возрасту
Удовлетворенность	Удовлетворенность жизнью, общая продолжительность жизни, ощущение хорошего самочувствия

ПРОБЛЕМА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТОШНОТЫ И РВОТЫ

Ю. В. Никифоров, Российский научный центр хирургии РАМН

Чувство тошноты и акт рвоты являются неспецифическими реакциями в ответ на сложные взаимоотношения между центральными и периферическими звеньями нервной системы. В целом это нормальные физиологические защитные реакции, однако в клинической практике встречаются патологические тошнота и рвота, не связанные с защитным механизмом и доставляющие значительные страдания пациентам.

Послеоперационные тошнота и рвота наиболее частые (20 - 30%) побочные эффекты общей, региональной или местной анестезии, причем, частота тяжелых случаев рвоты отмечена на уровне 1 на 1000 (0,1%) анестезий. Рвота вызывает дополнительную боль, приводит к водно-электролитным нарушениям (дегидратация, гипокалиемический алкалоз), повышению внутричерепного и внутригрудного давления, увеличивает риск возникновения аспирации и механического повреждения желудка и пищевода (синдром Маллори-Вэйса). Акт рвоты сопровождается активацией сердечно-сосудистой системы в виде развития синдрома гипердинамии (повышение производительности сердца, частоты сердечных сокращений, артериального давления), что в ряде случаев неблагоприятно отражается на течении ближайшего послеоперационного периода.

Факторы, влияющие на развитие послеоперационной рвоты, включают в себя этиопатогенетические и морфологические особенности основного заболевания, по поводу которого проводилось оперативное вмешательство, характер операции и технику анестезии. Большое значение имеют возраст, пол пациента, наличие в анамнезе продолжительных эпизодов тошноты и рвоты различного генеза, например синдром укачивания в транспорте.

Рвота чаще встречается у детей, чем у взрослых. Пиковая частота рвоты достигает в возрасте 11 - 14 лет. Влияние гормональных факторов, в частности изменений уровней гонадотропина в сыворотке крови обуславливают повышенное распространение рвоты среди женщин по сравнению с мужчинами. Имеется положительная корреляция между массой тела и частотой послеоперационной рвоты. Пациенты с замедленным опорожнением желудка, вторичным по отношению к основному заболеванию, также подвергаются повы-

шенному риску рвоты после хирургического вмешательства.

Характер оперативного вмешательства влияет на частоту рвоты независимо от применявшейся методики анестезии. Наиболее частота послеоперационной рвоты встречается среди женщин при лапароскопических процедурах экстракорпорального оплодотворения, стерилизации (35 - 54%). Вообще, женщины, которым производят лапароскопию по различным показаниям, в настоящее время формируют группу наиболее подверженных рвоте пациентов. У детей высокая частота рвоты наблюдается после хирургии стробизма (косоглазия), орхипексии (фиксации яичка), хирургии среднего уха и отолас-тики.

Данные контролируемых исследований показывают, что при сходных процедурах оперативного вмешательства рвота встречается чаще при использовании одних средств и методик для анестезии, чем при использовании других средств. Так, наибольшей эметогенностью из препаратов, используемых для вводного наркоза, обладают этоmidат и кетамин, а наименьшей - пропофол. Различные группы опиоидов используемые для премедикации, анестезии и послеоперационного обезболивания существенно увеличивают частоту развития тошноты и рвоты у оперированных пациентов. Из ингаляционных анестетиков наименее предпочтительно в группах повышенного эметогенного риска применение закиси азота.

Основу фармакотерапии послеоперационной тошноты и рвоты составляют препараты с антагонистическим механизмом действия в отношении рецепторов пусковой зоны рвотного центра. До настоящего времени в России наибольшее распространение имели препараты, обладающие средством с допаминовыми (аминазин, тизерцин, дроперидол, галоперидол, метоклопрамид), М-холинэргическими (скополамин, атропин) и гистаминовыми (дипразин, димедрол) рецепторами. К сожалению, большинство данных препаратов активно изменяют психический и неврологический статус оперированного пациента (седация, дисфория, экстрапирамидные нарушения), удлиняют период выхода из наркоза.

Новой группой противорвотных препаратов, используемых для профилактики и лечения послеоперационной тошноты и рвоты, в настоящее время стали антаго-

нысты серотонина (Навобан - трописетрона гидрохлорид фирмы Novartis). Навобан избирательно блокирует возбуждение пресинаптических 5-НТ₃-рецепторов в периферических нейронах (слизистая внутренних органов), а также оказывает прямое воздействие на 5-НТ₃-рецепторы в центральной нервной системе. К существенным преимуществам Навобана по отношению к другим противорвотным препаратам относятся следующие: сочетается с препаратами для наркоза и не изменяет их фармакокинетику и фармакодинамику, хорошо переносится пациентами и практически не вызывает побочных реакций, однократное парэнтеральное введение терапевтической дозы (2 - 5 мг для взрослого пациента) обеспечивает противорвотный эффект в течение 24 часов. Навобан в соответствующей дозе можно уверенно назначать детям, как для профилактики, так и для купирования послеоперационной рвоты. Беременным и кормящим грудью женщинам прием препарата Навобан противопоказан.

В Российском научном центре хирургии РАМН Навобан для профилактики и лечения послеоперационных тошноты и рвоты применяется с 1998 года. Навобан с целью профилактики применяли в группах повышенного риска развития тошноты и/или рвоты и при определенных типах оперативного вмешательства, когда сопровождающие акт рвоты напряжение мышц, повышение внутригрудного и внутрибрюшного давления могут привести к хирургическим осложнениям (кровотечение, несостоятельность анастомозов и др.). В послеоперационном периоде Навобан применяли для купирования приступов многократной рвоты после того, как выявлялась неэффективность других противорвотных препаратов.

Наш первый опыт клинического использования Навобана в хирургической клинике показал его высокую эффективность как при профилактическом применении, так и при купировании приступов послеоперационной рвоты. По нашему мнению Навобан в настоящее время наиболее полно отвечает требованиям, предъявляемым к фармакологическим препаратам, используемым в анестезиологии-реаниматологии, и, в первую очередь, вследствие своей высокой противорвотной эффективности и безопасности применения.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ГОРМОНОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*М. Л. Гершанович, Заслуженный деятель науки РФ, профессор, академик РАЕН, руководитель
отдела терапевтической онкологии НИИ онкологии им. проф. Н. Н. Петрова МЗ РФ*

Для того, чтобы обозначить остроту проблемы рака молочной железы, необходимо прибегнуть к статистике. В недавней публикации генерального директора Онкологического научного центра РАМН им. Н. Н. Блохина академика Н. Н. Трапезникова эта статистика приведена во всей ее мобилизующей полноте. Рак молочной железы уже в 1996 г. вышел на первое место в структуре онкологической заболеваемости женского населения России: 39 тысяч вновь выявленных больных в этом году, 367 тысяч находящихся под наблюдением, прирост заболеваемости с 1980 г. в относительных показателях примерно в 1,5 раза, прогноз роста новых случаев к 2000 году - до 48000. Весьма впечатляюща иллюстрация автора - 1 заболевает каждые 11 минут.

Уровень смертности от рака молочной железы тоже не утешает - 19,6 тысяч, например, в 1996 г., хотя Россия по этому показателю далеко не из первых и занимает 34 место в рангах из 48 стран (на первых местах - Англия, Дания и Нидерланды!).

Сложившаяся ситуация такова, что одна хирургия уже не может разрешить проблему, т. к. опухоль диагностируется далеко не в ранних стадиях, по крайней мере, у 45% больных. С другой стороны - изменились подходы к лечению, остающемуся лишь хирургическим не более чем в 25% случаев, а в остальных - комбинированным или комплексным.

Гормонотерапия после радикальных операций и в лечении рака молочной железы IV стадии, обнаруживаемого у 13 - 14% вновь заболевших, представляется наиболее привлекательной в связи с минимальными, как правило, побочными эффектами, позволяющими использовать ее в большинстве случаев без ограничения сроков (в адъювантной терапии антиэстрогенами, например, до пяти и более лет). Несмотря на то, что основным контингентом, подлежащим гормонотерапии, являются больные в менопаузальном периоде, они достаточно велики, ибо рак молочной железы безусловно превалирует в возрастной группе от 50 лет и старше.

Появление около 25 лет назад в онкологической практике антиэстрогена тамоксифена, называемого не без оснований "препаратом века", помимо существенных сдвигов в адъювантной терапии, в частности, сокращения частоты контралатерального рака молочной железы, увеличения безрецидивного периода у больных в менопаузе с положительными эстрогенорецепторами (ER+) в опухоли даже в ранних стадиях, привело к расширению возможностей гормонотерапии распространенных форм заболевания.

Препарат в обычных дозах (20 мг/сут) оказывает определенный эффект и в пременопаузе при условии предварительного выклю-

чения яичников. Появившиеся после тамоксифена новые антиэстрогенные препараты - Торомифен (фарестон) и некоторые другие, оказались по эффективности аналогичными.

Вместе с тем, гормонотерапия тамоксифеном и близкими к нему средствами, рассчитанными на блокаду рецепторов опухолевой клетки к воздействию эстрогенов, индуцирующих и поддерживающих злокачественный рост, имеет свои границы. Появление раньше или позже рецидива и метастазов на фоне адъювантной терапии, изначальная нечувствительность к тамоксифену (торемифену и др. антиэстрогенам) или исчерпанном его эффекте (прогрессировании опухоли) неизбежно ставит вопрос о гормонотерапии "второй линии", т. е. индукции повторной ремиссии другим путем, а именно прекращением или ограничением самого образования эстрогенов (эстрадиола) в различных его источниках.

Подавление синтеза эстрогенов достигается применением ингибиторов ароматазы - ключевого фермента этого процесса. До недавнего времени фактически единственным ингибитором ароматазы, широко использовавшимся в практике, являлся препарат нестероидной структуры аминоклотетимид (ориметен, мамомит). Опыт применения аминоклотетимида у больных распространенным раком молочной железы, резистентных к тамоксифену, или при исчерпанном его эффекте показал, что с помощью этого препарата удается получить повторные ремиссии (редко - полные) у 20 - 30% больных, но с выраженными побочными эффектами, из которых наиболее серьезными являются надпочечниковая недостаточность, летаргия и кожные высыпания.

Токсичность аминоклотетимида стимулировала поиски более специфических ингибиторов ароматазы, не затрагивающих прочие стороны гормонального баланса. Из появившихся в практике новых препаратов с подобным механизмом действия - форместана, анастрозола (аримедекса), ворозола и летроззола, именно последний, названный впоследствии **Фемара**, выделился по экспериментальным данным и результатам применения в клинике при диссеминированном раке молочной железы.

Препарат Фемара (летрозол) высоко специфичен как ингибитор ароматазы и приводит к снижению уровня эстрогенов в плазме на 95% от исходного фона в дозах в 10 000 раз меньших, чем аминоклотетимид, не затрагивая содержание прогестерона, кортикостерона и альдостерона. Широкие мультицентровые клинические исследования Фемара в сравнении с аминоклотетимидом и известным в практике гормонотерапии распространенного рака молочной железы препаратом "третьей линии" из группы прогестинов - мегестрол ацетатом

(мегейс) - показали преимущества нового ингибитора ароматазы. В группе из 551 больной при рандомизации и использовании "двойного слепого" метода (т. н. протокол AR/BC 2) прием внутрь Фемара в оптимальной терапевтической дозе (2,5 мг/сут) позволил получить ремиссии достоверно чаще и с большей продолжительностью, чем в результате лечения мегестрол ацетатом.

В другом рандомизированном исследовании, проведенном в 86 центрах с участием 11 стран и, в т. ч. России, законченном всего несколько месяцев назад (т. н. протокол AR/BC 3) показано, что в результате приема Фемара в той же дозе у больных с неизвестными рецепторами эстрогенов и прогестерона (555 женщин в постменопаузе) при метастазах рака молочной железы в кости и внутренние органы ремиссии достигаются, соответственно, в 1,9 и 5,7 раза чаще, чем при стандартном лечении аминоклотетимидом. Различия в частоте общего ответа на гормонотерапию оказались весьма значительными (в 2,1 раза) в пользу Фемара с большей продолжительностью ремиссий у больных с рецидивом и прогрессированием опухоли на фоне адъювантной терапии тамоксифеном. Немаловажно, что подобные результаты были получены при отсутствии, в отличие от аминоклотетимида и мегестрола ацетата, каких-либо существенных побочных эффектов, препятствующих проведению лечения, несмотря на прием Фемара рядом больных в течение 3 - 4 лет.

Вполне закономерен вопрос о сопоставлении эффективности Фемара и других ингибиторов ароматазы последнего поколения - аримедекса и ворозола (форместан в связи с необходимостью парентерального введения и побочными действиями не нашел применения). Подобного рода сравнительные исследования находятся в настоящее время в стадии выполнения. Однако, имеющиеся косвенные данные, полученные в ходе сравнения мегестрол ацетата, аримедекса и ворозола в аналогичных условиях и показавшие равную эффективность всех трех препаратов, позволяют пока считать Фемара наиболее перспективным средством гормонотерапии больных с рецидивами и метастазами рака молочной железы у женщин в постменопаузе с отсутствующими или исчерпанными возможностями применения тамоксифена. Доступность Фемара, зарегистрированного в России, в совокупности с предварительными наблюдениями позволяет считать оправданным введущее клиническое изучение препарата в качестве средства неoadъювантной и адъювантной гормонотерапии операбельных форм рака молочной железы у женщин в менопаузальном периоде в сравнении с тамоксифеном.

МНОЖЕСТВЕННАЯ МИЕЛОМА

Н. Е. Андреева, профессор, кафедра гематологии и интенсивной терапии Российской медицинской академии последипломного образования

Множественная миелома - онкогематологическое заболевание, частота которого неуклонно нарастает в течение последних десятилетий. В настоящее время это одна из самых распространенных форм гемобластозов (от 2 до 10 заболевших на 100 000 населения в год). Продолжительность жизни от момента постановки диагноза колеблется от 2 до 10 и даже 20 лет, составляя в среднем 3,5 - 4 года. Социальная значимость миеломы усугубляется ее возрастными параметрами: у детей заболевание неизвестно, максимум заболеваемости падает на возрастные группы от 40 до 75 лет.

В силу особенностей этой опухоли (сравнительно медленное развитие, секреция клетками миеломы однородных иммуноглобулинов и/или их фрагментов, чрезвычайное разнообразие симптомов и синдромов, связанное не только с наличием миеломной пролиферации в костном мозге, но и патогенным действием миеломных белков) множественная миелома являлась и продолжает оставаться объектом пристального изучения не только гематологов и онкологов, но и специалистов фундаментальных биологических дисциплин.

Сенсационные открытия XX века в области иммунологии и иммуногенетики, онкологии и гематологии получены на модели этой опухоли. Миелома воспроизводится на животных, растет в культуре, ее цитокинетические параметры у человека детально прослежены на многих сотнях больных. Существует международная организация по изучению миеломы, возглавляющая научные исследования, лечебные и образовательные программы; каждые два года проводятся интернациональные рабочие совещания по всем аспектам этого заболевания. Болезнь хорошо знают в России, первая монография, посвященная множественной миеломе, была издана в Москве в 1966 году.

От момента онкологической трансформации первого В-лимфоцита до появления клинических симптомов болезни (когда масса миеломы приближается к 1 кг) проходят годы. Заподозрить наличие заболевания у практически здоровых людей можно при случайном исследовании сывороточных и/или мочевых белков специальными методами (электрофорез, иммунохимический анализ), когда миеломный пул клеток приближается к 200 г. Доказать диагноз заболевания на этой стадии как правило, невозможно. Классические симптомы болезни (боли в костях, костные опухоли, переломы, гиперпротеинемия, ускорение СОЭ, нарастающая протеинурия с развитием тубуло-интерстициальной нефропатии, симптомы так называемого L-амилоидоза, ре-

цидивирующие бактериальные инфекции как проявление гуморального иммунодефицита и др.) знаменуют III стадию заболевания, когда масса опухоли приближается или превышает 2 кг.

Диагностические трудности на стадии клинических проявлений связаны с колоссальным многообразием форм и вариантов заболевания, "набором" разных симптомов у каждого пациента. Поэтому на амбулаторных этапах больные попадают к травматологам, ревматологам, ортопедам, длительно наблюдаются у нефрологов, невропатологов или нейрохирургов. Специфических изменений в крови при множественной миеломе нет. Ускорение СОЭ наблюдается только у 60 - 70 % больных, а небольшая протеинурия почему-то расценивается врачами чуть ли не как норма у пожилых больных. Колоссальное количество ошибок связано с расхожим диагнозом "остеохондроз".

Для подтверждения или исключения множественной миеломы необходимы и абсолютно обязательны:

1. Иммунохимический анализ иммуноглобулинов сыворотки крови и мочи;
2. Стерильная пункция и подсчет миелограммы;
3. Рентгенограммы костей (череп, позвоночник, ребра, таз, проксимальные отделы конечностей).

Уточнение формы, стадии, прогностических и терапевтических параметров в каждом случае требуют компетенции гематолога.

Лечение больных множественной миеломой проводится по международным программам и направлено на максимальную редукцию опухоли, устранение всех симптомов заболевания и социальную реабилитацию пациентов. Полного излечения пока добиться невозможно, хотя предпосылки для этого уже есть. Сегодняшняя задача лечения - "управление" миеломой, длительное сохранение соматической и психологической компенсации пациентов, их трудоспособности.

Главную роль в лечении множественной миеломы, конечно, играет цитостатическая противоопухолевая терапия, возможности которой в настоящее время расширились благодаря применению ростовых факторов (GM-CSF, G-CSF), эффективных, не обладающих нефротоксичностью антибиотиков (например, Фортум) и высоких доз внутривенных препаратов иммуноглобулинов.

Пациенты в ремиссии заболевания нуждаются в постоянном контроле и лечении симптомов миеломы, которые не компенсируются даже при достижении максимального цитостатического эффекта. Репарация костных дефектов наступает редко и очень медленно,

болевого синдром, особенно в опорных частях скелета сохраняется, прочность пораженных костей снижена, все это, наряду с возрастными изменениями ремоделирования костей, угрожает болями и переломами, инвалидизирует и сокращает жизнь пациентов. Кроме того, остеодеструктивный процесс угрожает развитием гиперкальциемии, которая сопровождается не только неврологическими и кардиологическими симптомами, но, что особенно опасно при миеломе, поражением почек.

В основе остеолита при миеломе лежит продуцируемый опухолевыми клетками OAF (остеокластактивирующий фактор). Остеокласты разрушают кость вокруг опухолевых клеток, восстановление кости остеобластами отстает и не может компенсировать потерю костной массы.

С целью снижения активности остеокластов в течение последних двух десятилетий с успехом применяются бисфосфонаты. В клиниках накоплен большой опыт использования при множественной миеломе этидроната, клодронатов, памидроната. Вся группа бисфосфонатов оказалась полезной для борьбы с остеолитом и гиперкальциемией при миеломе, однако, до последнего времени они используются далеко не всегда. Это объясняется рядом причин. Первое - на фоне прогрессирующей миеломы оценить возможный эффект препаратов очень трудно. Кроме того, лечение бисфосфонатами требует контроля (минимальный набор лабораторных тестов - уровень сывороточного Са, костной фракции щелочной фосфатазы, гидроксипролина мочи, обязателен контроль функции почек). И последнее, что надо учесть: бисфосфонат-этидронат (Ксидифон) - препарат дешевый, но при множественной миеломе эффективность его минимальна, памидронат (Аредиа) превосходит его в тысячу раз, хотя стоит, естественно, дороже.

Новые данные, касающиеся Аредиа (памидроната), свидетельствуют, что, кроме остеокластблокирующего эффекта, препарат снижает продукцию интерлейкина-6 клетками стромы костного мозга. ИЛ-6 является главным стимулятором роста миеломных клеток, т. о. Аредиа в известной мере обладает противоопухолевой активностью при миеломе, следовательно, он показан не только в стадии ремиссии, но может применяться в процессе индукционной противоопухолевой терапии. Снижение болевого синдрома, ликвидация гиперкальциемии, восстановление пораженных участков костей и предупреждение новых деструкций - основные эффекты Аредиа. Использование препарата в виде однократных внутривенных инъекций 1 раз в месяц удобно и безопасно.

Конгресс посвящается 150-летию со дня рождения великого русского физиолога академика И. П. Павлова

«Человек и лекарство»

VI Российский национальный конгресс
19 - 23 апреля 1999 г.

Организаторы Конгресса:

Министерство науки и технологий РФ, Министерство здравоохранения РФ, Российская академия наук, Российская академия медицинских наук, Российский фонд «Здоровье человека». Почетный президент Конгресса - академик РАМН М. Д. Машковский, президент Конгресса - академик РАМН А. Г. Чучалин.

Основные научные направления Конгресса:

- экспериментальные модели болезней человека и рациональная фармакотерапия;
- фармакологическая коррекция нарушений высшей нервной деятельности;
- формуляры и протоколы лечения основных заболеваний человека;
- санитарно-эпидемиологические аспекты обеспечения здоровья населения России;
- профилактика и лечение инфекционных заболеваний;
- гериатрическая фармакология;
- создание и внедрение новых лекарственных и медицинских технологий;
- современные информационные технологии в медицине и фармации.

Большое внимание на Конгрессе будет уделено образовательным программам в виде лекций для практических врачей, школ и конкурсов молодых ученых и специалистов.

В рамках Конгресса проводится выставка отечественных и зарубежных лекарств, изделий медицинского назначения, печатных изданий, информационных технологий.

Адрес: 103875 Москва, Романов пер., 2, Российский фонд «Здоровье человека». Тел: 222 8810, 954 0013, факс 954 0013.

Уважаемые коллеги!

Организационный комитет конгресса «Человек и лекарство» и компания «Новартис Фарма Сервисес» информирует вас о том, что в рамках конгресса и под эгидой компании состоится ряд спутных Научных симпозиумов, в которых примут участие ведущие ученые страны.

20 апреля в 9.00 начнет свою работу симпозиум «Остеопороз на пороге нового тысячелетия». Его председатель - Л. И. Беневоленская. (корп. 2, малый зал)

«Наилучшее лечение гипертонии сегодня - продление жизни завтра» - тема симпозиума, председателем которого будет Г. Г. Арабидзе (20 апреля, 16.00, корп. 2, малый зал).

Под председательством А. М. Вейна пройдет симпозиум «Проблема болей и деменции на рубеже тысячелетий» (22 апреля, 9.00, корп. 2, малый зал).

22 апреля в 9.00 (корп. 1, зал 1) состоится симпозиум «Новые возможности гормонотерапии при раке молочной железы» (неoadьювантная, адьювантная терапии и лечение диссеминированных форм после применения тамоксифена). Председатели: А. М. Гарин, М. Ю. Бяхов.

«Лечение микозов: неизвестное о хорошо известном» - председатели А. В. Самцов и К. К. Борисенко (22 апреля, 12.30, корп.1, зал 1).



Уважаемая редакция!

Ситуация с лекарствами в стране становится все труднее и труднее. Врачам и работникам аптек приходится выслушивать от больных горькие упрёки за то, в чем виноваты не они, а правители страны. Да, люди озлоблены, но разве можно их за это винить?

Я же хочу через вашу газету поблагодарить аптечного работника - заведующую филиалом аптеки № 274, которая находится в поселке Восточном, Косогорову Любовь Сергеевну за внимание к нуждам больных, благожелательность и терпение. Даже в период кризиса она находит возможность обеспечивать льготников необходимыми лекарствами. Оставив рецепт «на обеспечение» можно быть уверенным, что лекарство обязательно получишь.

А. Н. Кузнецова, Москва



Уважаемая редакция!

Через вашу газету хочу выразить большую благодарность В. И. Александрову - доценту кафедры рефлексологии и мануальной терапии РМАПО, которая располагается на базе ТКБ им. С. Я. Боткина, за восстановление моего пошатнувшегося здоровья.

Спасибо Вам, Владимир Иванович, за высокий профессионализм, золотые руки, добрую душу и паштету улыбки.

З. Константинова, Москва

ОНКОЛОГИЯ-99

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена, «Клуб онкологов» и фирма МОРАГ ЭКСПО ведут подготовку к Всероссийскому научному форуму «Онкология на рубеже XXI века. Возможности и перспективы» и 1-й Международной медицинской специализированной выставке «ОНКОЛОГИЯ-99», которые должны состояться с 19 по 22 октября 1999 года в Центральном Доме художника на Крымском валу.

В форуме примут участие более 1000 делегатов из России и стран СНГ, на спутных симпозиумах по актуальным проблемам клинической и экспериментальной онкологии с лекциями выступят ведущие ученые-онкологи России, Европы и Америки. Все выступления будут обобщены в тезисах и опубликованы, в т. ч. и на CD-ROM. Научная программа форума и требования к предъявлению печатных материалов для участников будут разосланы дополнительно.

Перед началом форума на кафедрах онкологии ФУВА ММА им. И. М. Сеченова и РМАПО пройдут циклы усовершенствования специалистов с выдачей соответствующих удостоверений МЗ РФ.

По вопросам научной программы просьба обращаться к руководителю Центра амбулаторной диагностики и лечения опухолевых и псевдоопухолевых заболеваний МНИОИ им. П. А. Герцена, канд. мед. наук Н. В. Богдановой, тел./факс: 248 3632, тел.: 945 8816.

По вопросам участия в выставке - на фирму МОРАГ Экспо, канд. мед. наук О. Э. Цоколаевой, тел./факс: 938 9211, 938 9212.

Председатель Оргкомитета Главный онколог России Директор МНИОИ им. П. А. Герцена академик РАМН, профессор В. Ф. Чиссов

КОНФЕРЕНЦИИ, СИМПОЗИУМЫ



Генеральное представительство Венгерского Фармацевтического завода ЭГИС АО в России провело в Москве научно-практическую конференцию **“Кардиологические препараты фирмы ЭГИС - новые аспекты гипотензивной терапии”**, в которой приняли участие около 300 врачей-кардиологов столицы.

В докладе зав. кафедрой клинической фармакологии и фармакотерапии ФПО ММА им. И. М. Сеченова, член-корреспондента РАМН профессора Л. И. Ольбинской **“Происхождение, диагностическая концепция и клиническое значение синдрома инсулинорезистентности (Метаболического X синдрома). Патогенетические аспекты гипотензивной терапии”** была обоснована необходимость изменения подходов в лечении этого распространенного заболевания. До сих пор в терапии гипертензии не ставилась задача коррекции инсулинорезистентности. Этим объясняется тот факт, что, добиваясь снижения АД, врачам не удавалось снизить риск развития коронарной болезни сердца. Клинические исследования убедительно доказали необходимость обязательно учитывать этот фактор в профилактике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний, определили пути эффективного влияния на эти процессы.

Профессор кафедры внутренних болезней ММА им. И. М. Сеченова, д. м. н. В. И. Подзолков в своем докладе напомнил практическим врачам о традициях и новациях лекарственной терапии данных заболеваний, подробно остановившись на использовании блокаторов кальциевых каналов. Об опыте использования ингибиторов АПФ в терапии гипертензии у пациентов с инсулинорезистентностью говорилось в докладе руководителя кардиологического отделения Медицинского Центра Управления делами Президента РФ С. В. Калашникова.

Антигипертензивная терапия, по мнению ученых-фармакологов, должна влиять не только на снижение АД, но и уменьшать инсулинорезистентность, корректировать нарушения метаболизма. Среди препаратов, которые могут быть использованы для этих целей, достойное место занимают лекарства, произведенные фирмой Эгис: Тензиомин (каптоприл), Кордафлекс (нифедипин), Коверекс (периндоприл), Нитроминт (нитроглицерин аэрозоль), Беталок (метопролол) и другие. Их отличает высокое качество и, что сегодня немаловажно, доступная цена.



В Москве состоялся Международный симпозиум **“Инфекции мочевыводящих путей у амбулаторных больных”**, организованный Комиссией по лечению инфекций мочевыводящих путей Международного общества по химиотерапии, Федерацией Европейских обществ по химиотерапии и инфекции, НИИ урологии МЗ РФ, Межрегиональной ассоциацией по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии и фармацевтической фирмой КРКА (Словения). В работе симпозиума приняли участие авторитетные ученые из России, стран СНГ, Германии и Словении.

Тема симпозиума выбрана не случайно. На сегодняшний день инфекции мочевыводящих путей (ИМП) являются самой частой причиной обращения пациентов к врачам общей практики после инфекций дыхательных путей. Частота ИМП в России составляет около тысячи случаев на сто тысяч населения и имеет тенденцию к росту. В 1997 году с этим диагнозом было госпитализировано около 350 тысяч больных. Актуальность данной проблемы заключается в том, что для неосложненных ИМП характерно рецидивирование. Установлено, что у 50% женщин, перенесших острый цистит, инфекции повторяются в течение года.

Многоцентровое исследование, результаты которого были представлены на симпозиуме, проводилось с целью изучения структуры и чувствительности возбудителей ИМП к наиболее часто используемым антибиотикам. Российские ученые провели многоцентровое клиническое исследование, в которое было включено 219 взрослых больных - женщин, страдающих неосложненными ИМП (острыми и рецидивирующими циститами) из Москвы, Смоленска, Екатеринбурга, Санкт-Петербурга и Новосибирска. Пациентам назначали препарат Нолицин (норфлоксацин), производимый фирмой КРКА. Лечение оказалось эффективным более чем в 98% случаев и хорошо переносилось больными. Благодаря этому Нолицин может рекомендоваться в качестве стандартного препарата для лечения ИМП, особенно в амбулаторной практике.

Фармацевтическая фирма КРКА зарегистрировала в России 110 препаратов на 150 лекарственных формах. Причем, организовав совместные производства на наших заводах, она освоила выпуск около 30 современных лекарственных средств.

Д. Зарецкая



Вышел в свет первый номер журнала, который многие давно ждали, но не смели о нем даже мечтать. Это издание призвано помочь всем нам защитить себя и своих близких от возможных онкологических заболеваний. Такой просветительный журнал, на наш взгляд, сегодня крайне необходим. Онкология добилась больших успехов в лечении этой болезни, сейчас врачи спасают многих из тех, кого еще десять лет назад не удалось бы спасти, а наше многострадальное население пребывает в уверенности, что от рака нет спасения. Необходимо развеять этот миф! Только в России живут около двух миллионов онкологических больных, прошедших лечение. Очень важно рассказать людям об огромных возможностях медицины, о ранних проявлениях опухоли, предостеречь от контактов с шарлатанами, а главное - напомнить о профилактике.

Журнал - орган первой Межрегиональной общественной организации **“Вместе против рака”**, его главный редактор - профессор А. П. Ильницкий, президент этой организации. В предисловии к **“первенцу”** профессор пишет: **“Мы добьемся успеха, если выступим “Вместе против рака” и если это будет не только лозунг, но и суть наших действий. Присоединяйтесь к нам. И начните с подписки на наш журнал. Пишите и задавайте вопросы, на которые наши специалисты постараются ответить”**.

Редакция газеты **“Больница”** от души поздравляет творческий коллектив и издателей с выходом первого номера. Мы искренне восхищаемся благородством вашего замысла, желаем долгой жизни, верных подписчиков и надежных спонсоров.

С удовольствием сообщаем нашим читателям координаты журнала **“ВМЕСТЕ ПРОТИВ РАКА”**. Адрес для писем: **117630, Москва, Старокалужское шоссе, д. 1; тел./факс: (095) 128 8460.**

Подписка на журнал производится во всех отделениях связи, индекс по каталогу **“Роспечати” 48910.**

Д. Зарецкая

Пульс

ИЗДАТЕЛЬСТВО

Редакция газеты "Больница" и издательство "Пульс" готовы помочь лечебным учреждениям, медицинским центрам и НИИ в подготовке и выпуске печатной продукции:

- монографий
- книг
- пособий для врачей
- брошюр
- каталогов
- проспектов
- методических материалов
- медицинской документации (бланки анализов, протоколы исследований, амбулаторные карты, рецептурные бланки, истории болезней)

Журналисты редакции помогут собрать и отредактировать оригинальные материалы по любой актуальной для Вас тематике, а художники и фото-корреспонденты сделают иллюстрации.

**Контактный тел./факс 465 4854
399 8493.**

10 июня 1999 г. состоится конференция

"Компьютерные технологии в микроскопии. Применение в цитологии, гистологии, гематологии, онкологии"

Она посвящена цифровым системам ввода, анализа, документирования, хранения и передачи изображений, получаемых с микроскопов. На конференции состоится презентация микроскопов фирмы NICON, розыгрыш лотереи и вручение ценных призов. В лотерею могут принять все желающие, у кого имеется микроскоп фирмы NICON. Участие в конференции бесплатное.

Дополнительная информация по тел.: 721-05-58 Факс: 141-98-75
E-mail: labmetod.rus@g23.relcom.ru Колтовой Николай Алексеевич. Адрес: Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 19А, аудит. № 237.

Организация продает напрямую клинике комплексное оборудование для проведения кардиоангиографии и баллонной дилатации

Philips OPTIMUS M200, 1998 г.

Стоимость, включая доставку, монтаж, наладку, гарантию всего 696.000, - ДМ !

Список в интернете: <http://www.v-block-medserv.de>

Например: Рентгеновский аппарат передвижной Philips MSD 105 от 21 тыс. USD

Тел.: 8-10-49-911-4801312

Факс: 8-10-49-911-4801311

V-Block Medical Service Nürnberg

Лиц.: GeWA2 02044-1996 Stadt Nürnberg

ВТОРОЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ СИМПОЗИУМ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ РАДИОЛОГИЯ В ПЕДИАТРИИ

ОРГАНИЗАТОРЫ

МЗ РФ, РАМН, Союз педиатров России, НЦ здоровья детей РАМН, НИИ детской гематологии МЗ РФ, НЦССХ РАМН им. А. Н. Бакулева.

ДАТА И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ

15 - 16 сентября 1999 г. Москва, Центральный Дом ученых РАМН, ул. Пречистенка, 16

ПРОБЛЕМЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ

- Лучевая диагностика органов грудной клетки
- Лучевая диагностика патологии ЖКТ
- Лучевая диагностика мочевыделительной системы
- Лучевая диагностика скелетно-мышечной системы
- Лучевая диагностика сердечно-сосудистой системы
- Лучевая диагностика злокачественных новообразований
- Нейрорадиология
- Перинатальная диагностика
- Интервенционная радиология
- Медицинская техника и контрастные вещества

ТЕЗИСЫ

Прием тезисов до 15 мая 1999 года (объем до 200 слов). Будет опубликован сборник докладов и тезисов работ.

ЗАПРОСЫ О ПОЛУЧЕНИИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ И УСЛОВИЯХ УЧАСТИЯ

Запросы просьба направлять в адрес Оргкомитета Симпозиума (НИИ детской гематологии МЗ РФ, 117513, Москва, Ленинский пр-т, 117; тел.: (095) 936 9076; факс: (095) 937 5032; E-mail: mig@mx.iki.rssi.ru). Информация в ИНТЕРНЕТ и электронная регистрация: <http://clinlab.ru/mig/> или <http://hp.pccenter.ru/~migrup/>

Газета зарегистрирована Комитетом РФ по печати. Регистрационный № 014489. Издается с 1993 года

Учредители: Редакция газеты "Больница", Московская городская клиническая больница им. С. П. Боткина, Московская медицинская ассоциация.

Главный редактор Г. Денисова

105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, оф. 204; тел./факс: (095) 465 4854, 465 4445

www.dataforce.net/~hospital; E-mail - hospital@dataforce.net

Компьютерная верстка, дизайн - Издательство "Пульс"

© Газета "Больница"

Цена
договорная