

НОСПИТАЛ

NE CEDE MALIS
*Не падай духом
в несчастье!*

БОЛЬНИЦА

5-6•97

ДЛЯ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ

ИСТОРИИ

стр. 3

**Открытый
урок:**
Московская
Городская
онкологическая
больница № 62

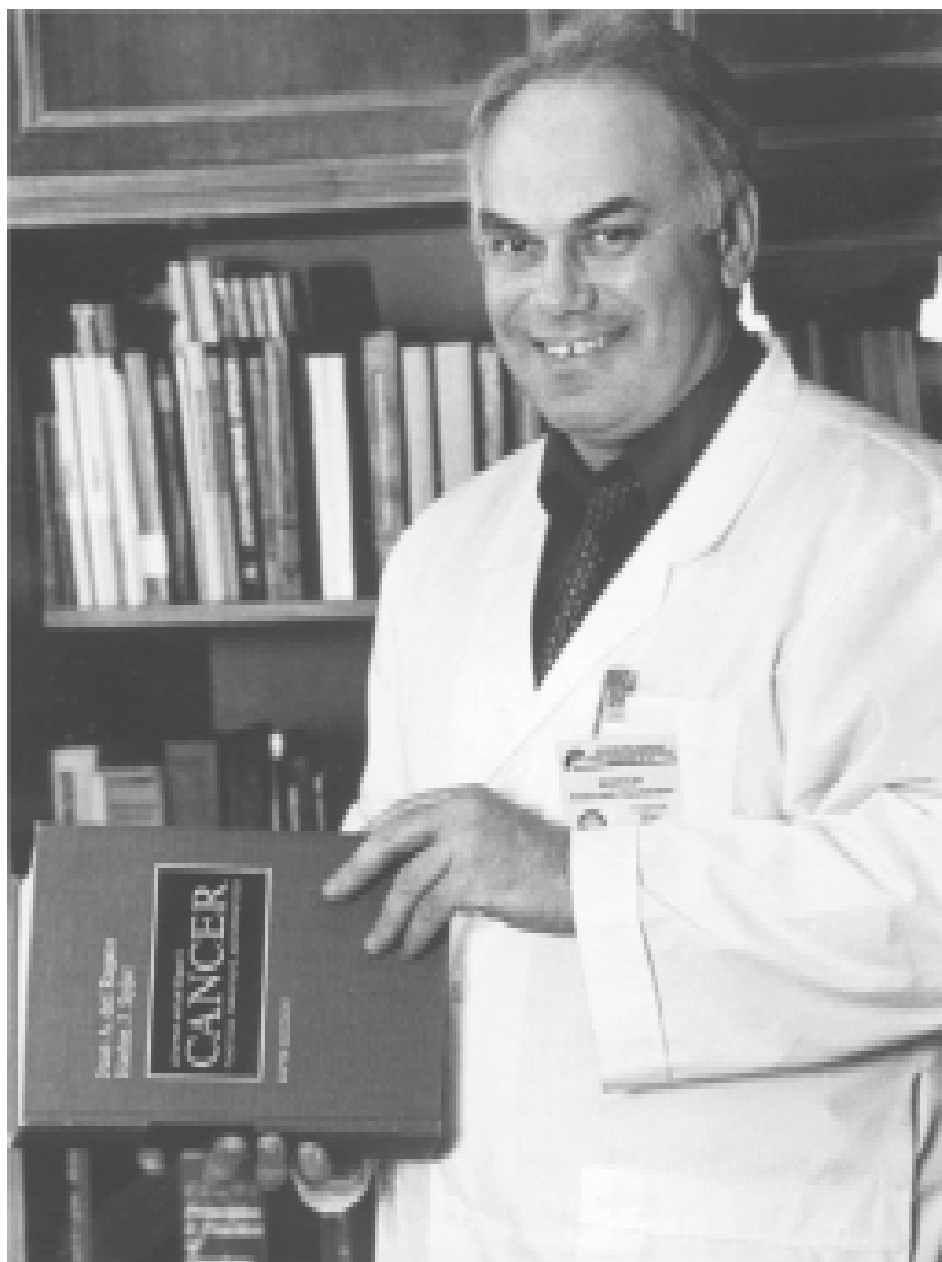
стр. 4 - 10

Лекарства
и техника
для онкологии

стр. 11 - 22

У нас в гостях
поэт и ученый
**Александр
Городницкий**

стр. 26 - 27



А. Н. Махсон, Главный врач Московской Городской больницы № 62: “Моральные затраты в онкологии очень велики. Но ведь больных надо лечить. Мы, онкологи, знаем, что это не безнадежно”.

Фоторепортаж из больницы В. Афанасьева

Е. Г. Пинхосевич, кандидат медицинских наук, главный маммолог г. Москвы, заслуженный врач РФ

ЕЩЕ РАЗ О ПРОФИЛАКТИКЕ

Маммология - это область клинической медицины, которая занимается различными проблемами, связанными с заболеваниями молочной железы. Именно различными проблемами, а не только онкологическими.

В начале 70-х годов в Москве, по инициативе медицинского руководства города, небольшая группа специалистов начала массовые флюоромаммографические обследования женщин. За 18 лет их было проведено около семи миллионов. В 1990 году решением Мосгорисполкома был организован первый в истории нашей медицины Московский городской маммологический диспансер.

Надо сказать, что проблема особенно обострилась в последние десятилетия. Заболеваемость раком молочной железы ежегодно растет. Этот рост достаточно постоянен - примерно 3% в год. Причем, такая ситуация не только у нас - это мировая тенденция. И, в первую очередь, это касается промышленно-развитых стран, таких как США, скандинавские страны, Англия, Германия, Дания, Канада. Если говорить о причинах, то их масса.

Что делали наши бабушки? Они рожали и кормили детей, у них была нормальная жизнь женщины. Теперь рожают намного реже, а это считается одним из факторов риска заболевания молочных желез.

Увеличилось число аборт - второй важный фактор риска. Женщина мало кормит грудью - вот вам и третий фактор. Можно сказать, что недовостребованная грудная железа "мстит" развитием заболевания. Общая экологическая обстановка, социальные потрясения тоже не помогают здоровью. Они влияют на гормональный статус организма, а он, в свою очередь, провоцирует негативные процессы в молочной железе.

В Москве в 1980-м году рак молочной железы вышел на первое место по частоте среди других онкологических заболеваний у женщин, обогнав до этого преобладающие рак матки, шейки матки, яичников. Но в общей структуре онкозаболеваний он тогда еще не занимал первого места, ведь болеют раком не только женщины, но и мужчины. И вот в 1995 году, как мы и предсказывали 10 лет назад, хотя тогда с нами упорно не соглашались, рак молочной железы в Москве вышел на первое место по частоте среди всех других онкологических заболеваний, обогнав рак желудка, рак легкого и прочее, и прочее...

Вот некоторые цифры. 1992 год. Рак молочной железы на 100 000 населения составил 36,6 случая, 1996 год - уже 42,6. Но не надо очень пугаться. Эти цифры говорят не только о росте заболеваемости, но и о значительном улучшении диагностики. Ведь как раз в это время в Москве были открыты несколько маммографических кабинетов. Улучшение диагностики ведет к увеличению числа зарегистрированных случаев рака, но зато создает условия для более раннего их выявления.

В настоящее время мы отшлифовываем трехуровневую систему обследований. На первом уровне планируется увеличить профилактические осмотры определенных контингентов женщин. В первую очередь тех, кто имеет те или иные заболевания молочной железы, способные увеличить риск развития онкологии. К ним относятся определенные формы мастопатий - в первую очередь узловые формы, доброкачественные опухоли, такие как фиброаденомы и т. д. Мы относим к группе риска женщин, у которых

В 1995 году рак молочной железы в Москве вышел на первое место по частоте среди всех других онкологических заболеваний, обогнав рак желудка, рак легкого и прочее. Ранний аборт, до 17 лет, увеличивает риск этого заболевания в 8 раз.

по прямой материнской линии был рак молочной железы. Именно только рак молочной железы!

На достаточно большом материале нам удалось доказать, что ранний аборт, до 17 лет, увеличивает риск заболевания раком молочной железы в 8 раз! Поэтому надо объяснить молодежи, что предохраняться стоит не только ради спасения от СПИДа, но и от нежелательной беременности, прерывание которой может привести к не меньшей трагедии.

И, наконец, травмы молочной железы. Их стало больше всевозрастающей травматизмом на дорогах - автоаварии. Но даже микротравма опасна - в метро, в автобусе прижали, сдавили, локоть соседа случайно ударил.

К группе риска мы относим женщин после 45 лет, когда меняется гормональный фон. После 60 лет риск заболеть достаточно высок, но там сам процесс идет значительно медленнее.

Вот это как бы первый уровень, на кото-



ром женщина должна быть периодически, не менее одного раза в два года осмотрена с тем, чтобы мы могли выявить динамику изменений молочной железы.

Второй уровень в решении нашей задачи - это развитие сети. Москве одного диспансера, конечно, мало. Мы сейчас стремимся к организации окружных маммологических отделений, которые должны плотно соприкасаться с онкологическими отделениями: при необходимости они будут немедленно переправлять туда больных. Самые сложные случаи останутся за нами - за городским маммологическим диспансером, который имеет все условия для проведения детального обследования.

В заключение я бы хотел сказать, обращаясь к женщинам - читательницам газеты "Больница": не надо бояться направления в наш диспансер и маммологические отделения. Вероятность того, что окажется непременно рак, очень невелика. А при остальных заболеваниях тоже ведь надо наблюдаться и лечиться. Мы, кстати, очень любим применять при мастопатиях и прочих неопасных заболеваниях фитотерапию. Выпустили даже книжечку, посвященную вопросам фитотерапии при заболевании молочных желез.

Медикам будет полезна следующая информация: недавно в Академии последипломного образования на кафедре радиологии открылся месячный курс, где мы специализируем и совершенствуем врачей по нашей специальности.

Все, кого интересует эта проблема, могут подписаться на наш журнал "Маммология" (индекс в каталоге "Роспечати" 73240).

В декабре нынешнего года мы пригласим коллег на 4-й Международный симпозиум по маммологии, посвященный 5-летию выхода в свет первого номера журнала.

Контактный телефон: 252 2101.

МОСКВА
850



МОСКОВСКИЕ БОЛЬНИЦЫ

ПЕРВЫЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

В 1903 году по инициативе видного хирурга того времени профессора Л. Л. Левшина и его ученика В. М. Зыкова на средства купцов Морозовых был открыт первый в России онкологический институт, названный Институтом для изучения способов лечения рака имени Морозовых. Лидером нового благотворительного движения явилась известная прогрессивная деятельница и благотворительница Варвара Алексеевна Морозова, урожденная Хлудова.

Варвара Алексеевна Морозова сыграла большую роль в российской культуре. Ее общественная деятельность очень широко развернулась после смерти первого мужа, крупного фабриканта А. А. Морозова, в память о котором она построила для Московского университета психиатрическую клинику, положив этим начало строительству крупного медицинского учебного центра на Девичьем поле. Вторым ее мужем был В. М. Соболевский, ученый-экономист, профессор, публицист, главный редактор наиболее влиятельной в России газеты "Русские ведомости", являвшейся органом московской интеллигенции. Варвара Алексеевна внесла заметный вклад в народное образование. При ее поддержке были созданы Пречистенские курсы для рабочих. Кроме того, ей принадлежит заслуга создания одного из первых общедоступных ремесленных училищ.

Варвара Алексеевна, деловая женщина, богатая фабрикантка, находилась в самой гуще интеллектуальной и культурной жизни

московского общества, она близко к сердцу принимала происходившие в то время социально-политические перемены и откликалась на всевозможные культурные и просветительские начинания. Ей принадлежит заслуга открытия первой в Москве бесплатной публичной библиотеки-читальни на Сретенском бульваре близ Мясницких ворот, которой было присвоено имя И. С. Тургенева (отсюда произошло название современной Тургеневской площади). В. А. Морозова пожертвовала крупную сумму на постройку студенческого общежития для высшего технического училища, а также взяла часть расходов на создание народного университета им. А. П. Шанявского. Варвара Алексеевна поддерживала Высшие женские курсы, была председателем организационного комитета женского клуба.

Варвара Алексеевна Морозова приняла близко к сердцу идею создания онкологического института, она кинула клич, и обширное семейство купцов Морозовых ответило на призыв о создании нового научного учреждения крупными денежными вкладами. Сыновья Варвары Алексеевны, Иван и Михаил, по примеру матери, внесли по 30 тысяч рублей. Еще 30 тысяч внес племянник Варвары Алексеевны Алексей Викторович Морозов. Мария Федоровна, вдова печально известного владельца Никольской мануфактуры Тимофея Саввича Морозова, положила 15 тысяч. Феодосия Ермиловна, супруга старшего сына Саввы Васильевича Морозова, Ивана, со своим сыном Сергеем внесли по 30 тысяч. Вдова Давида Абрамовича Морозова, Елизавета Павловна, пожертвовала 11 тысяч. Еще 50 тысяч по духовному завещанию оставила Елизавета Ивановна Бенардаки. Пожертвования продолжались и после открытия ин-

ститута. Так, в 1907 году отставной гвардии прапорщик Николай Алексеевич Шахов принес в дар Московскому университету 100 тысяч рублей в 4% ренте, с тем, чтобы капитал этот оставался неприкосновенным, проценты с него шли на содержание шести коек в Морозовском институте.

Архитекторы Р. И. Клейн и И. И. Рерберг выстроили на Малой Царицынской (ныне Малая Пироговская, 20) живописное и удобное по тем временам здание института с клиникой на 56 коек. Л. Л. Левшин был первым директором института со дня его основания до своей смерти, последовавшей в 1912

году. Левшина сменил Зыков, занимавший пост директора до 1919 года. В первую мировую войну институт был превращен в госпиталь. В этом качестве он просуществовал до 1920 г. В 1922 году на базе института была развернута пропедевтическая хирургическая клиника медицинского факультета Первого московского университета. Объединенное учреждение возглавил Петр Александрович Герцен, внук известного революционера-демократа.

В 1947 году онкологический институт переехал в специально выстроенное для него здание во Втором Боткинском проезде (дом № 4), где он находится и поныне. Освободившееся помещение некоторое время занимал Институт Биофизики, а с 1950 года здесь размещается Институт паразитологии и тропической медицины имени Е. И. Марциновского.

П. Власов



Варвара Алексеевна Морозова



Со старинной фотографии



Современный вид

Здание бывшего Института для изучения способов лечения рака имени Морозовых.

Московская Городская клиническая онкологическая больница № 62 расположена в живописнейшем месте Подмосковья - среди лесов и озер Красногорского района. Она живет своей, как бы отдельной жизнью, являясь по сути "государством в государстве". Все у нее свое - и больничные корпуса, которые называют дачами, и жилой городок медиков, и прачечная, и гараж, и котельная. Люди, в большинстве своем, работают и живут рядом. Приходят молодыми и остаются надолго, а приходят гораздо чаще, чем уходят.

Превосходно оснащенное медицинское учреждение, по уровню и духу скорее научная клиника, чем рядовая городская больница. Уже не говорю о внешнем виде, о сияющем мраморе, об уюте в палатах. Поразила гордость, с которой все - и клиницисты, и сотрудники лабораторий, и средний медицинский персонал говорят о своей работе, о коллективе, о своем Главном враче. Прекрасно, что руководят больницей не просто администраторы, а талантливые врачи и ученые. И тут, достаточно неожиданно, возникает забытое чувство благодарности к Правительству Москвы, которое находит средства для поддержания и развития этого крайне важного для столицы медицинского учреждения. Здесь лечат всех, независимо от возраста, имущественного положения, тяжести болезни.

Дорогие доктора и медицинские сестры, инженеры, лаборанты! Успехов вам, а пациентам вашим - надежды!

Михаил Кукулевич

РЕКОНСТРУКЦИЯ

Реконструкция - одно из ключевых слов в лексике здешних специалистов. Недаром в этих стенах весной этого года проходил первый международный симпозиум по реконструктивной и пластической хирургии, которой здесь так много уделяют внимания. С 1990 года больница переживает свое второе рождение. Она реконструируется в больницу замкнутого цикла, где больные будут не только лечиться, но и проходить реабилитацию. Обо всем этом наш корреспондент беседует с Главным врачом больницы, профессором, доктором медицинских наук Анатолием Нахимовичем Махсоном.



- Организационная система лечения онкологического больного в России - самая совершенная в мире. Да, не удивляйтесь, это действительно так. Это признают и наши зарубежные коллеги. Другое дело, что система эта, как и многое другое в нашей стране, дает сбои. Причем, на мой взгляд, она особенно буксует на конечном этапе - на этапе реабилитации онкологического больного. В самом деле, посмотрите. Стационары, такие, скажем, как наш, прекрасно оснащены, имеют опытнейшие кадры медиков. Мы пролечили больного, сделали ему операцию и... выписываем его практически в никуда. В поликлинике могут только осматривать его и делать перевязки, и это в лучшем случае. Держать же больного долго мы не в состоянии - больничная койка должна интенсивно работать. Поэтому у нас возникла идея, поддержанная Правительством Москвы, создать больницу законченного цикла, где лечение будет заканчиваться реабилитацией больного.

Территория нашей медицинской зоны составляет 10 гектаров. На ней находится главный корпус, радиологический корпус с оборудованием стоимостью более 4 миллионов долларов - такого нет и во многих институтах! За главным корпусом - новостройка, коробка нового хирургического корпуса. Москва изыскала необходимые средства, мы его планируем сдать летом

будущего года. С вводом в строй этого корпуса, куда переедут шесть существующих хирургических отделений и два новых - ортопедической онкологии и отделение реконструктивной и пластической онкологии, станет возможным осуществление нашей идеи. В теперешнем главном корпусе мы разместим два отделения химиотерапии и реабилитационные койки.

Реабилитация при больнице - это очень важно. Мы будем переводить сюда больных через пять дней после операции, они смогут находиться здесь три - четыре недели, столько, сколько нужно. Здесь будут возможности и для иммунологической реабилитации, и для психотерапевтической. После этого пациент сможет идти домой - он в специальной помощи нуждаться не будет. Многие смогут пойти работать.

Все это позволит нам увеличить пропускную способность больницы: если сейчас мы на 360 койках пропускаем 5000 человек год, то после окончания реконструкции эта цифра удвоится. В два раза увеличится количество операций, так как в новом корпусе будет девять операционных вместо пяти, как сейчас.

Развиваться будет не только хирургия. Второй "кит" онкологии - радиология - тоже имеет в нашей больнице хорошие перспективы. Сейчас есть решение Правительства Москвы о строительстве у нас Центра протонно-лучевой терапии. Таких центров в России нет, да и в мире их единицы. В этом году нам на проектирование выделено почти два миллиарда рублей, в следующем году проект должен быть завершен. В этом центре разместятся три клинических отделения, которые закроют потребность города в радиологических койках. Там будет все, что есть лучшего в мировой радиоло-





гии: протонный и линейный ускорители (кстати, один уже у нас работает) и гамма-аппараты. Полный комплекс! Я очень надеюсь, что года через четыре все это будет действовать.

- Анатолий Нахимович, на базе вашей больницы прошел 1-й международный симпозиум пластической и реконструктивной онкологии. Я знаю, что и вы сами многие годы занимаетесь этой проблемой, да и в больнице ей уделяют все больше и больше внимания. Чем вызван этот интерес?

- Это напрямую связано с успехами онкологии. Больные стали гораздо чаще выживать и их, естественно, стали очень тревожить вопросы качества новой жизни. Операции в онкологии обширные, нередко калечащие и уродующие. Согласитесь, жизнь после таких операций многим может показаться хуже смерти. Именно поэтому и стало развиваться реконструктивное и пластическое направление в нашей специальности. Теперь мы стараемся не только спасти жизнь, но и сохранить функциональные возможности организма, свести на нет уродующие последствия. Это очень важно еще и потому, что больные, зная наши возможности, легче соглашаются на радикальные операции, раньше к нам приходят.

- А какова сейчас летальность в онкологии?

- При разных видах заболевания разная. Главное, чтобы пациенты знали - чем раньше они обратятся к специалистам, тем больше шансов излечиться. Если человек пришел к нам с 1-й стадией - излечение достигается в 92% случаев! Со 2-й стадией - 70% излечения. Если пришел с 3-й, то 50%. Но даже при 4-й стадии излечение происходит в 12 - 20%!

Беда в чем? Сейчас очень много всяких реклам, объявлений: "Лечу рак!" И люди верят! Человек может два года ходить к экстрасенсу или знахарю и не видеть плохих проявлений, думать, что он ему помог, задержал развитие опухоли. Люди забывают, что некоторые опухоли растут медленно, болезнь наступает незаметно! И мы очень часто получаем таких больных с 3 - 4 стадией, и уже не можем помочь! Поэтому очень важно вовремя обратиться к специалисту и знать, что тебе не просто помогут, но и максимально позаботятся о сохранении качества жизни. Скажем, мы проводим одномоментную пластику молочной железы. Эта операция в три раза дороже основной, но мы на это идем, чтобы женщина продолжала полноценно жить. Сохраняем ноги, сохраняем гортани, замещаем дефекты - и все это только благодаря энтузиазму врачей и тому, что под нашу работу дается достаточное финансирование. Это все очень дорогостоящие вещи. Лечение в институтах, финансирование которых сегодня резко ограничено, больным обходится от 10 - 20 миллионов рублей и выше.

- А, кстати, сколько это стоит больному у вас?

- Ни копейки! Москвичам все оплачивает Правительство Москвы. Платят только иногородние и граждане СНГ, но таких у нас меньше 1%. Родственники наших пациентов не бегают по Москве в

поисках дорогостоящих лекарств - у нас все это есть.

- Хорошая больница - это прежде всего квалифицированные кадры. Как вы готовите себе специалистов?

- На базе нашей больницы работает кафедра онкологии Московской медицинской академии, которой руководит директор института онкологии им. П. А. Герцена академик В. И. Чиссов. Я, по совместительству, работаю профессором, а мои помощники - ассистентами. Это кафедра повышения квалификации, через нее проходит много молодых врачей. Кроме того, мы имеем возможность обучать врачей в клинической ординатуре. Вот и приглядываемся к молодежи, отбираем для себя кадры. Критерий один - энтузиазм и желание учиться. А учить есть кому: у нас работают четыре доктора наук, 15 кандидатов. Скоро мой заместитель по хирургии - главный хирург Николай Павлович Забазный тоже станет доктором наук. Сестринские кадры мы берем из подмосковных училищ. Помогает их задержать то, что мы имеем свое жилье. Правда, после 1974 года нового не строили, но в этом году, опять же с помощью Правительства Москвы, сдали 112-квартирный дом. Да и зарплату нам практически не задерживают. Все это помогает уменьшить текучесть кадров.

- Морально в онкологии работать тяжело...

- Да, моральные затраты очень велики и просто у хирурга, и, тем более, у хирурга-онколога. Но ведь больных кто-то должен лечить. А, потом, мы-то, онкологи, знаем, что это небезнадёжно! У меня есть больные, которых я оперировал 20 лет назад! Большинство из них совсем молодые люди, средний возраст с опухолями костей - 28 лет. У нас ребята, девочки 17 - 18 лет... Зато когда ты их поставишь на ноги - большего вознаграждения за свой труд я не знаю!



В ОТДЕЛЕНИЯХ И ЛАБОРАТОРИЯХ

В больнице шесть хирургических отделений, плюс радиологические, химиотерапевтические, лаборатория. У журналиста разбегаются глаза: все интересно, все важно. Но люди заняты делом - далеко не каждого удастся оторвать от больных, побеседовать. Даже с Главным врачом пришлось разговаривать в промежутках между операциями. И он, и его заместитель по хирургии Николай Павлович Забазный администрируют, как говорится, не отходя от операционного стола. Так что выбор подразделений, о которых мы сегодня расскажем, в известной мере случаен. Остальные, не попавшие в репортаж - ничуть не менее важные и интересные. Итак...



Отделением радиологии № 2 заведует Светлана Самуиловна Юдина - опытный врач-радиолог. В ее распоряжении три гамма-терапевтические установки, установка близкофокусной рентгенотерапии, позволяющие лечить поверхностные поражения, и гордость больницы - линейный ускоритель. Использование линейного ускорителя требует очень сложной предлучевой подготовки пациента.

Чтобы точно проследить ход пучка излучения на заданной глубине используется специальный прибор - симулятор. Это рентгеновская установка, своего рода тренажер, позволяющая правильно спланировать само облучение, добиться того, чтобы оно максимально поразило опухоль и минимально - окружающие ткани.

На стадии планирования лучевой терапии участвуют множество специалистов, например, врач на компьютерном томографе, рентгенолаборант, инженер-физик на симуляторе и, конечно, лечащий врач. Полученные данные, обработанные компьютером планирования, дают физикам и лечащим врачам точные координаты мишени лучевой терапии.

Койки в отделении ни дня не пустуют, некоторые больные проводят здесь 12 дней, а некоторые - свыше 40. Если больной находится на чисто лучевой терапии, её обыч-

но дробят, разделяют на две части и дают больным отдохнуть. Правильно проведенная лучевая терапия переносится больными неплохо. В ближайшее время отделение оснастит терапевтическим лазерным аппаратом, который поможет снимать лучевые реакции. Чаще всего в этом отделении лечатся больные с опухолями головы и шеи, лимфопролиферативными заболеваниями, с запущенными опухолями молочной железы, с раком прямой кишки. В перспективе - использование протонного ускорителя, что создаст совершенно новые условия для радиологов.

вести одномоментную реконструкцию, и человек восстанавливает голос. Это делается при помощи трахеопищеводного шунтирования. Сейчас Институт им. Герцена передал отделению специальные протезы, которые делают эту операцию более безопасной. Первые два больных уже прооперированы и скоро будут демонстрироваться коллегам. В отделении выполняются также различные пластические операции с микрососудистыми анастомозами при опухолях полости рта.

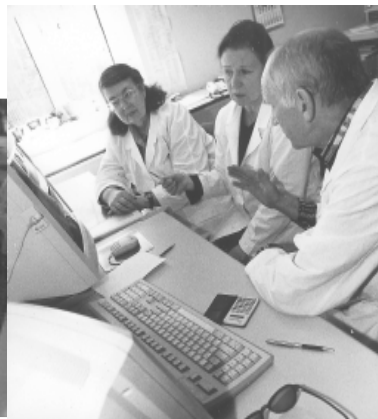
Диагностика опухолей данной локализации чрезвычайно сложна, поэтому здесь

В БЛОКАХ И ПАЛАТАХ

Отделением, где лечат опухоли головы и шеи заведует доцент Сергей Алексеевич Сергеев. Он в течение двадцати лет занимается этой проблемой и считает хирургическую онкологию в области головы и шеи одной из наиболее сложных. Такой хирург должен знать много смежных специальностей - и оториноларингологию, и стоматологию, и офтальмологию. Здесь оперируются больные с опухолями гортани, глотки, опухолями верхней челюсти, полости рта, околоушной и слюнной железы, с опухолями щитовидной железы. Операции требуют ювелирного мастерства - узкие подходы, много нервных-сосудистых пучков, близко основание мозга. Вмешательства зачастую носят калечащий характер, поэтому в отделении широко внедряются органосохраняющие операции. Так, при операции по поводу рака гортани удаётся про-

очень много запущенных больных. В лечении широко применяется комбинированная терапия: наряду с хирургическим воздействием - лучевое и химиотерапевтическое.

Опухоли полости рта, к сожалению, вышли на первое место среди опухолей головы и шеи. Здесь очень трудна диагностика, так как болевой синдром возникает только при прорастании опухоли в соседние ткани. Специалисты отделения считают, что любые стойкие изменения на слизистой рта должны быть гистологически верифицированы, а врачи должны помнить о возможности такой локализации опухоли. Ведь при 1-й и 2-й стадиях этой болезни она лечится только лучевой терапией и вообще операции не нужны.





К. К. Пугачев, заведующий иммунологической лабораторией, доктор медицинских наук

- У неспециалистов считается, что диагноз в онкологии равносильен приговору, что-то вроде Каиновой печати. А на самом деле, по моему опыту, все не так уж мрачно. Имеется множество случаев благополучного излечения. Вот врачи собрались, приговорили - три месяца человеку осталось. А он - живет!

Я занимаюсь проблемами рака молочной железы. Почему? Этого заболевания очень много, заполнены все больницы, да и наша тоже. Более половины всех пациентов онкологических отделений имеют опухоль этой локализации. Причины? Тут и стрессовые факторы, и ненормальности жизни, и проблемы сексуального воспитания. Приходят молодые двадцатилетние девочки, начинаешь с ними говорить и приходишь в полнейшее недоумение. С одной стороны, у нас все завалено порнографией, а с другой стороны - они не знают, как нормально вести половую жизнь, как строить отношения с партнером. Молодая дама с заболеванием молочной железы говорит: "Я последние два с половиной года рыдаю". Ну вот, думаю, и дорыдалась до рака молочной железы. Другая, очень культурная и интеллигентная, рассказывает, что несколько лет медитировала. И что? Тот же результат. У меня нет сомнений: эти женщины страдают от духовной опустошенности. Мне кажется, что существуют очевидные факторы риска, такие, как, скажем, аборт, а есть и неочевидные - адюльтер, например, фильмы эти идиотские, которые показывают жизнь несопоставимую с нашей - безденежем, теснотой, пьянством, абсолютной медицинской неграмотностью. Или, если она жена "нового русского", с вечным страхом за жизнь

близкого человека и полной изоляцией от "обычных" людей. Да мало ли что! Кончается все это тем, что женщины сидят и рыдают, а потом, когда время упущено, начинают лечиться, но уже от рака.

И еще некоторые "целители" помогают. У меня была милая такая пара "новых русских". Супруга заболела во время беременности. Когда ребенку исполнилось четыре месяца, муж увез жену в Новосибирск, и там ее начали лечить полуочищенными экстрактами эмбриональных тканей. Поделались обидой, что заплатили за лечение 16 000 долларов. Обратился черт знает куда - потеряли время, деньги, возможно, шанс на выздоровление. Очень обидно! А мне этот заботливый муж привез бумажку из Новосибирска, оказывается у местных "эскулапов" всего-то два наблюдения. И берутся лечить!

Чем занимается наша лаборатория? Грамотная терапия целого ряда опухолей невозможна без точного знания уровня гормонального статуса больного. Иммунофлюоресцентным методом мы определяем гормоны, отвечающие за тиреоидную функцию, и гормоны, отвечающие за половую функцию. Этот комплекс исследований осуществляется у нас на современном приборе фирмы "Био Мерье" (Франция). С его помощью в течение часа-полутора можно получить ответ на сложнейшие вопросы: назначить или не назначить заместительную терапию при заболеваниях щитовидной железы, изменилась ли ее гормональная функция под воздействием терапии, определить особенности функционирования яичников. Это очень важно: оперативно дать информацию для решения вопроса об удалении или сохранении яичников, стоит ли назначить препарат, вызывающий химическую кастрацию, или не трогать эту сферу. Все делается очень быстро! На этом же аппарате мы определяем иммуноглобулины типа Е для оценки наличия аллергии.

С помощью современных методов можно определить "маркеры" гепатитов. Мы исследовали кровь всех сотрудников нашей больницы на антитела к гепатиту "В". Оказалось, что больше половины, конечно же, переболело, ведь все

работают с кровью. Кстати, медики в юридическом плане абсолютно не защищены: до сих пор никто не считает гепатит "В" профзаболеванием! А ведь есть еще гепатит "С", так что цифра переболевших может оказаться еще больше. Осенью, надеюсь, обязательно проверим всех сотрудников и на эту форму гепатита.

Мы используем современную аппаратуру, имеющую международный стандарт, например, анализатор ES-300, определяющий уровень опухолевых маркеров при раке молочной железы, яичников, легких и опухолях неясного происхождения. Что дает определение опухолевых маркеров? Очень многое. Мы можем на предварительном этапе определить, скажем, резектабельность, то есть - надо ли оперировать больного или лучше использовать консервативную тактику лечения.

Что такое, собственно, опухолевые маркеры? Это группа веществ различной природы, которые отражают, как правило, ряд тканевых особенностей человека. Концентрации опухолевых маркеров достаточно индивидуальны у каждого человека. Зафиксировав норму и, время от времени сверяя показатели, можно на самом раннем, клеточном уровне, заметить начало грозного заболевания. Японские врачи, начиная с середины 70-х годов, паспортизировали население, и теперь ежегодно проводят проверку и выявляют ранние опухоли легкого, пищевода, желудка, кишечника, молочной железы, шейки матки. Это наше неблизкое будущее, ведь процедура очень дорогая. Мы начали проведение "паспортизации" своих сотрудников, для больницы это вполне реально.

Наша лаборатория дает, таким образом, возможность лечащим врачам объективизировать заболевание с помощью методов молекулярной диагностики и, тем, самым рационализировать лечение. Например, они вводят препарат, мы смотрим реакцию опухолевых "маркеров" в крови и сравниваем с исходным уровнем. Если видим выплеск концентрации маркеров, значит препарат "работает", если же нет - то опухоль не отвечает, либо ее вовсе нет! Такое тоже бывает. Даже если из 100 больных мы пяти поможем нормально жить - это большое дело.





Н. Е. МАХСОН, доктор медицинских наук, руководитель блока опухолей опорно-двигательного аппарата

- Нахим Евсеевич, вы много лет занимаетесь реконструктивной онкологией. В энциклопедическом справочнике медицинских терминов есть даже строка: операция Тихова-Линберга-Махсона. Расскажите об этом подробнее.

- Прежде всего, я хотел бы, чтобы вы назвали фамилию моего учителя - профессора Шлапоберского. В 1957 году, впервые у нас в стране, он открыл в ЦИТО отделение костной патологии. Это был человек интересный, талантливый, не столько рукастый, сколько головастый. Он задал направление в костной онкологии: оперировать больных радикально и при этом сохранять конечности.

Я пришел в ЦИТО после двадцати лет работы общим хирургом с опытом военно-полевой хирургии, полученным на фронтах ВОВ. Но мало разбирался в проблемах, связанных с онкологическими заболеваниями (саркомами) костей. Изучая литературу, я обнаружил имена двух мало известных у нас хирургов из Сибири - П. И. Тихова и Н. А. Богораз. Еще в начале века, в

1911 году, ими была высказана идея и осуществлен метод сохранения конечностей у больных с опухолями костей. Идея заключалась в том, чтобы сохранить конечность на предварительно выделенных основных сосудах и нервах, а пораженный отдел конечности был бы удален целиком с опухолью. Они явились основоположниками направления сохранной хирургии. Профессор Тихов оперировал больных с опухолью лопатки или верхнего отдела плечевой кости. Эти операции, описанные в нашей и зарубежной литературе, носят его имя. Оно вошло в антологию хирургов мирового уровня.

Тихов делал операции на руках, а Богораз по такому же плану оперировал больных с опухолями нижних конечностей. Вообще, Богораз - легендарная личность. Еще в детстве он потерял обе ноги, но всю жизнь был активным хирургом. Простаивал в операционных часах, вынашивал идею пересадки целой ноги от умершего человека живому.

Недостатком операций наших коллег-предшественников была плохая управляемость оперированными конечностями. Например, Тихов убирал все надплечье с ключицей, плечевым суставом и верхним отделом плечевой кости. Исправить этот существенный недостаток удалось способом, который разрабатывался мною с активным участием моего сына Анатолия - тогда еще студента медицинского института. Больному восстанавливалось надплечье и он хорошо владел и управлял оперированной рукой. По аналогичной методике теперь мы оперируем больных с опухолями костей таза.

- Когда ваш сын решил стать врачом, вы не удивились?

- Удивился. Дело было так. За полгода до окончания средней школы на родительском собрании мне сказали, что у сына блестящие

математические способности и он должен поступать в МАИ. Но незадолго до окончания школы сын заявляет, что идет в медицинский. Я был доволен - преемственность, есть кому передать свой опыт. А мать не очень - слишком уж трудной ей казалась судьба хирурга. После института Анатолий на два года ушел в армию. Я тогда работал в ЦИТО и, конечно, хотел, чтобы сын работал рядом. Но, демобилизовавшись, Анатолий пришел в эту больницу. И это счастье, что так получилось. Года два я опекал его, и он очень быстро стал самостоятельным хирургом. А математические способности Анатолию все-таки пригодились: позднее он закончил МВТУ им. Баумана и получил еще одну специальность - инженер-электромеханик по биомедицинской технике.

Знаете, мне кажется, что семейственность в медицине - это не так уж и плохо. Кстати, у нас в больнице работает и мой внук Миша, сын дочери, наш молодой хирург.

- У Анатолия Нахимовича есть еще один талант - организаторский...

- Это прорезалось как-то неожиданно. У меня таких способностей абсолютно нет. До сих пор этому поражаюсь! Поражаюсь его знанию смежных дел, его энергии. Это меня очень радует.

Мне сейчас 78 лет, недавно перенес аортокоронарное шунтирование. До болезни оперировал, сейчас уже нет. Нужно ли, когда много молодых врачей, жадных до работы? Я им теперь больше советами помогаю.



А. Д. КОЖЕВНИКОВА, *заведующая отделением абдоминальной онкологии*

- Анфиса Дмитриевна, вы, ветеран этой больницы, можете многое сравнить и оценить. Что, на ваш взгляд, сыграло решающую роль в сегодняшнем благополучии больницы?

- Работаю я здесь больше 30 лет. За это время очень многое изменилось. А в том, что сегодня работать стало значительно интереснее и продуктивнее, безусловно, заслуга нашего Главного врача. Я уже не верила, что мне когда-нибудь доведется

це было четыре доктора наук, а скоро будет еще один - Николай Павлович Забазный, наш главный хирург. С ним нам тоже очень повезло. Это хирург от Бога. Мы ведь почти все хирурги средние, хотя и много работаем, и много чего умеем, а вот есть хирурги, их немного, вот они от Бога. У Николая Павловича широчайший диапазон: он оперирует все органы - и легкие, и мочеполовую систему, и брюшную полость, и поджелудочную железу - абсо-

объем хирургических вмешательств, увеличилась доля реконструктивных операций. В нашем отделении, например, мы проводим реконструктивные операции молочной железы, которые успешно проводит к. м. н. Александр Сергеевич Бурлаков. Дело в том, что рак молочной железы значительно помолодел. Если раньше это были женщины за 50 - 60 лет, то сейчас это все происходит на активном гормональном фоне, у молодых людей. Часто бывает так: собирается девушка замуж выходить, и в этот-то момент обнаруживается рак. Это трагедия.

И мы делаем пластику, операция идет 6 - 8 часов, косметические результаты очень приличные. И у женщины сохраняется жизнь, семья. Это очень, очень важно! И люди, зная это, соглашаются на радикальную операцию. Мы дополняем лечение и лучевой терапией, и химиотерапией, если это нужно. То есть, онкологические принципы соблю-



работать в таких хороших условиях. В человеческих! Идешь на работу с удовольствием, у нас удивительно благоприятный психологический климат. Это не просто слова, ведь я очень люблю хирургию. С Анатолием Нахимовичем работать хорошо, он человек интеллигентный, выдержанный, волевой.

Он настаивает, чтобы молодежь занималась наукой, чтобы все участвовали в работе Онкологического общества. У нас в больни-

лютно все. И все у него получается творчески, не по стандарту, как, впрочем, и у Анатолия Нахимовича в ортопедии.

Мы сами не отбираем пациентов, их посылают к нам районные онкологи, поэтому случаи очень тяжелые. Оперировали кого-то, допустим, в Онкоцентре, в Институте им. Герцена или в Институте проктологии - при возврате болезни его посылают к нам. Очень много пожилых людей: 80-летних, и даже был один пациент 92 лет. Отказываем в лечении чрезвычайно редко. У нас очень опытные специалисты, например прекрасный химиотерапевт - Валерий Владимирович Герасев. Тысячи больных обязаны ему своим здоровьем.

Благодаря развитию анестезиологии и фармакологии, значительно расширился

дены и, в то же время, больной реабилитирован.

Выживают больные сейчас чаще, чем раньше, гораздо меньше стало осложнений. Несмотря на тяжелое положение здравоохранения, наша больница лекарствами снабжается очень хорошо. Дорогие лекарства, белье, неплохое питание. Да и расположение больницы за городом тоже влияет. Пациенты лежат месяц, два, даже три. И им здесь можно гулять - кругом и лес, и озера, воздух чистейший.





19 - 21 марта этого года в Москве состоялся 1-й Международный симпозиум "Пластическая и реконструктивная хирургия в онкологии". Главными организаторами выступили Общество пластической и реконструктивной онкологии, Московская Городская клиническая онкологическая больница № 62 и Комитет Здравоохранения г. Москвы. В его работе приняли участие ведущие специалисты из России, США, Европейских стран и Японии. В рамках симпозиума прошла выставка "Медицинское оборудование и фармацевтика" с участием фирм-разработчиков и производителей лекарств и оборудования для онкологии, пластической и реконструктивной хирургии.

Этот форум дал прекрасную возможность специалистам, работающим в смежных областях медицины - онкологии, ортопедии, челюстно-лицевой хирургии, микрохирургии и других - поделиться своими последними достижениями. Ряд докладов на симпозиуме был сделан специалистами больницы № 62. Выступление Главного врача, обобщившего результаты работы больницы по одному из направлений, мы публикуем в сокращении.

КОНЦЕПЦИЯ АДЕКВАТНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИМЕНИТЕЛЬНО К МЕТАСТАЗАМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ В КОСТИ

А. Н. Махсон, Московская Городская клиническая онкологическая больница № 62

Кости скелета являются одной из наиболее частых локализаций метастазирования злокачественных опухолей. По данным различных авторов метастазы злокачественных опухолей в кости встречаются от 20% до 66,7%.

Метастатические опухоли костей в большинстве случаев сопровождаются выраженным болевым синдромом и нередко приводят к патологическим переломам, резко осложняющим дальнейшее течение заболевания. Больные с патологическим переломом теряют подвижность, возможность самообслуживания, страдают от мучительных болей. Длительная обездвиженность и прикованность больных к постели нередко приводят к пневмониям, пролежням, восходящей инфекции мочевых путей и другим осложнениям, зачастую решающим дальнейшую судьбу больных и значительно сокращающим сроки их жизни.

В Московской онкологической больнице № 62 хирургическое лечение проведено 85 больным с метастазами в кости: рака почки - 30; рака молочной железы - 23; рака легкого - 14; рака щитовидной железы - 7 и других злокачественных опухолей - 11 больным. Возраст больных колебался от 24 до 71 года. У 48 течение заболевания осложнялось патологическим переломом.

К моменту операции метастазы диагностировались как солитарные у 34 больных, у 24 из них в последующем отмечена дальнейшая генерализация процесса.

Всего 85 больным произведено 88 операций. Ампутации и экзартикуляции, включая и межподвздошно-брюшную ампутацию, произведены 17 больным, резекции суставных концов с эндопротезированием - 30 больным, тотальное удаление длинных трубчатых костей с эндопротезированием - 7, резекции различного типа, включая межлопаточно-грудную и межподвздошно-брюшную резекции - 28, ламинэктомия произведена 6 больным.

По всей группе больных были произведены следующие операции:

Резекция проксимального суставного конца плечевой кости с эндопротезированием - 4;
Резекция нижней трети плечевой кости с эндопротезированием - 1;
Тотальное удаление плечевой кости с эндопротезированием - 5;
Резекция проксимального суставного конца бедренной кости с эндопротезированием - 25;
Резекция дистального суставного конца бедренной кости с эндопротезированием - 3;
Тотальное удаление бедренной кости с эндопротезированием - 2;
Резекция лучевой кости с эндопротезированием - 1.

Всего - 41.

Резекция крыла подвздошной кости - 2;
Резекция крыла и тела подвздошной кости - 1;
Резекция проксимального конца м/берцовой кости - 1;
Межлопаточно-грудная резекция - 7;
Скапулэктомиа - 1;
Резекция грудной стенки - 4;
Экстирпация ключицы - 7;
Резекция ключицы, грудины и 1-го ребра - 2;
Резекция диафиза б/берцовой кости с аутопластикой - 1;
Ламинэктомия - 6.

Всего - 32.

Межподвздошно-брюшная ампутация (экзартикуляция) - 2;
Бедренно-подвздошная экзартикуляция - 2;
Остеосинтез бедренной кости - 2;
Экзартикуляция бедра - 6;
Ампутация бедра - 4;
Ампутация плеча - 1.

Всего - 17.

На основании собственного опыта в лечении этой категории больных и данных литературы мы пришли к выводу, что при солитарных метастазах адекватными операциями являются такие же как и у больных с первичными опухолями костей вплоть до таких обширных операций, как тотальное удаление бедренной кости с эндопротезированием, межлопаточно-грудная резекция или резекция таза. Это подтверждается и данными литературы, по которым ни один больной после стабилизирующей операции без удаления метастаза не прожил 2 лет. В комплексной терапии больных с множественными метастазами хирургические вмешательства показаны при наличии патологического перелома или при угрозе его возникновения. При развившемся патологическом переломе и выраженном болевом синдроме и невозможности производства органосохраняющей операции, адекватной может считаться ампутация или экзартикуляция конечности.

Внедрение в практику онкологических учреждений оперативных методов лечения больных с метастазами рака в кости дает возможность продлить жизнь многим пациентам и существенно улучшить качество жизни этой категории больных, избавив их от мучительных болей и возвратив им способность к передвижению и самообслуживанию. У некоторых больных с солитарными метастазами можно рассчитывать на излечение больного.

ГЕМЗАР (ГЕМЦИТАБИН - GEM) - НОВЫЙ ПРЕПАРАТ ИЗ ГРУППЫ АНАЛОГОВ ПИРИМИДИНА

А. М. Гарин, профессор, академик РАЕН; И. С. Базин, к. м. н.,
Онкологический научный центр РАМН

Антиметаболиты - важная группа противоопухолевых препаратов. Принцип создания этих веществ был взят из химиотерапии инфекций. Смысл идеи заключается в небольших химических изменениях в молекулах метаболитов необходимых для нормальной жизнедеятельности микробов. Эти химические отличия антиметаболитов от нормальных метаболитов, клетками не различаются, при этом прерываются синтетические процессы и воспроизводство бактерий. Классическим примером антиметаболитов является белый стрептоцид - аналог парааминобензойной кислоты, необходимой для размножения микробов.

Среди противоопухолевых антиметаболитов известны антагонисты фолиатов (метотрексат), фторпиримидинов (очень популярен фторурацил), пуринов (6-меркаптопурин и др.), диоксцитидина (цитозар). К этой последней подгруппе относится и вновь созданный гемцитабин.

От физиологического нуклеозида диоксцитидина, входящего в состав ДНК, он отличается двумя атомами фтора в дезоксирибофурозиловом кольце вместо двух атомов водорода (от английского слова *geminate* - расположенный парами - возникло и генерическое название препарата). В цитозаре вместо одного из атомов водорода присутствует гидроксильная группа.

Гемзар блокирует синтез диоксцитидина, и его метаболит гемцитабин трифосфат инкорпорируется вместо него в ДНК, вызывая смерть опухолевых клеток.

Препарат был изучен на сотнях больных в международных исследованиях. Оказалось, что в отличие от своего ближайшего родственника цитозара, активного для лечения гемобластозов, гемцитабин эффективен при солидных опухолях - раке поджелудочной железы, немелкоклеточном раке легкого, раке молочной железы, раке яичников, мочевого пузыря и опухолей головы и шеи.

Особенно выразительны результаты терапии больших метастатическим раком поджелудочной железы при комбинации Гемзара и цисплатина. При этом достигается выраженный симптоматический эффект, проявляющийся в прибавке веса, значительном ослаблении болей, уменьшении потребления анальгетиков, улучшении общего состояния по Карновскому. Объективный эффект от комбинации и длительная стабилизация отмечается более чем у половины больных. В сравнительных исследованиях Гемзара и фторурацила выявлена большая активность первого препарата и увеличение продолжительности жизни.

Как известно, немелкоклеточный рак легкого относится к малочувстви-

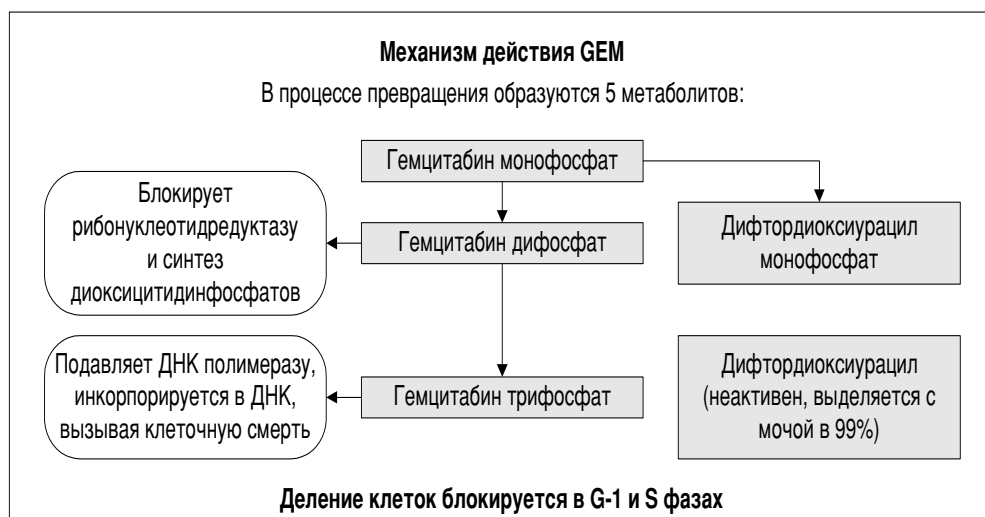
тельным к лекарственному воздействию опухолям. Гемзар в режиме монотерапии вызывает эффект у каждого пятого больного, а при комбинации с цисплатином у 54% пациентов, причем объективное улучшение сопровождается выраженным ослаблением симптомов (снижение боли у 54%, прекращение кровохаркания у 63%, уменьшение одышки у 42%, кашля у 50%, прекращение накопления плеврита у 89%).

Выявлена чувствительность к гемзару и у других вышеуказанных опухолей, при этих локализациях продолжается изучение препарата.

Гемзар препарат малотоксичный - среди побочных эффектов - нейтропения (гранулоцитопеническая лихорадка редка), анемия (обычно слабо выражена), тромбоцитопения в 5%. У четверти больных регистрируется наличие сыпи, поносы, периферические отеки. Препарат слабоземетогенен, алопеция частичная у 13% больных, иногда встречается преходящее повышение трансаминаз. Все токсические проявления обычно купируются в период интервала между курсами.

Наиболее популярен режим 1000 - 1250 мг/м² в/в в 1, 8, 15 дни 28 дневного цикла.

Современная онкология получила в свое распоряжение новое активное противоопухолевое лекарство - Гемзар.



Более подробную информацию о препарате Гемзар и возможности его приобретения можно получить в Представительстве фирмы "Эли Лилли" по адресу: 103051; Москва, ул. Садово-Самотечная, 24/27; тел.: (095) 258 5001; факс: 258 5005.

ИНТЕРФЕРОНЫ В ОНКОЛОГИИ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

В. А. Горбунова, Онкологический Научный Центр РАМН

Интерфероны - это белки, продуцируемые определенными клетками иммунной системы в ответ на действие вирусных антигенов. Несмотря на то, что противовирусная активность описана как основное свойство интерферонов, они имеют более широкий спектр биологических возможностей, включая антипролиферативный и иммуномодулирующий эффекты.

Интерферон был впервые идентифицирован в 1957 году в Англии Исааксом и Линденманом. Они обнаружили, что клетки эмбриона цыпленка под воздействием инактивированного вируса гриппа выделяют в культуральную среду субстанцию, которая переносит противовирусную активность на новые (неинфицированные) клетки. Эти обнаруженные белки и были названы интерферонами. Дальнейшие исследования показали, что существуют различные типы интерферонов, но все они являются полипептидами с молекулярным весом от 17 000 до 25 000 дальтон и содержат от 145 до 166 аминокислот.

В начале 60-х годов доктор Кантель с коллегами в Хельсинки начал изучать клетки человека в отношении их способности продуцировать интерфероны и обнаружил, что суспензия человеческих лейкоцитов продуцирует интерферон в десятки раз больше, чем другие клетки. Кантель первым разработал способ получения лейкоцитарного интерферона, позднее, в 1978 году, Американское противораковое общество за два миллиона долларов выкупило у него стоимость технологии. Это имело решающее значение для расширения клинического изучения интерферона и переноса исследований из лаборатории в клинику.

Ученые всего мира с энтузиазмом взялись за изучение возможностей нового вещества. Грэссер во Франции впервые в эксперименте продемонстрировал, что большие дозы интерферона, введенные мышам, задерживают рост опухолей. В свою очередь, доктор Штрандер в Швеции начал целенаправленно изучать интерферон в качестве противоопухолевого агента. В 1971 году он провел исследования у больных остеогенной саркомой и показал, что применение интерферона после операции увеличивает выживаемость по сравнению с историческим контролем. Спустя несколько лет Штрандер сообщил об активности интерферона у больных резистентными формами множественной миеломы.

Интенсивное освещение в прессе первых достижений интерферона имело как полезное, так и вредное влияние. Он был описан как чудодейственное средство, подавляющее надежду, что средство против рака открыто. Дальнейшие публикации вызвали разочарование, так как показали, что новинка не является панацеей, а имеет определенные показания.

В начале 80-х годов, с помощью генной инженерии и технологии получения рекомбинантной ДНК, был найден способ производства искусственного интерферона путем клонирования человеческого гена. Здесь отличились специалисты научно-исследовательского института фирмы Шеринг Плау. Технология, которую они разработали, позволила производить большие количества хорошо очищенного и стабильного по составу интерферона-альфа-2b, получившего название Интрон А. Он состоит из 165 аминокислот и имеет молекулярный вес 19300 дальтон.

Усилия ученых-фармакологов окупались сторицей. Подробное изучение биологических эффектов интерферонов показало, что они представляют собой новый класс противоопухолевых средств, фундаментально отличающихся по механизму действия от цитотоксических химиотерапевтических препаратов. Помимо своей противоопухолевой, антипролиферативной и иммуномодулирующей активности, они действуют на клеточную дифференцировку, реверсию фенотипа и регуляцию онкогенов. Активность интерферона строго специфична. И хотя окончательно механизм его действия еще не полностью установлен, однако считается, что он осуществляет свое противоопухолевое воздействие в момент связывания с рецепторами, расположенными на поверхности клетки.

В задачу ученых-клиницистов, исследовавших Интрон А, входило, помимо изучения его прямого цитостатического и иммуномодулирующего эффектов, установление максимально переносимой дозы, токсичности, режима лечения. Наиболее часто употребляемые дозы препарата колеблются в диапазоне от 3 до 10 миллионов единиц (МЕ). Сегодня уже известно, что фармакокинетика Интрона А при подкожном и внутримышечном пути введения примерно одинакова.

Многие исследования продемонстрировали способность Интрона А потенцировать

активность различных клинически используемых противоопухолевых лекарств. Помимо непосредственного эффекта препарат может биохимически модулировать активность других противоопухолевых веществ: он воздействует на критические ферменты, являющиеся мишенью действия лекарств, повреждая механизмы или пути детоксикации внутри опухолевой клетки. Непосредственный эффект включает действие на иммунную систему клетки - на хелперы, супрессоры, макрофаги, NK клетки. Этот эффект может усиливаться при комбинации с другими противоопухолевыми лекарствами. Действуя на определяющие ферменты и защищая нормальные ткани, Интрон А способствует увеличению противоопухолевой активности таких, например, агентов, как хлорамбуцил, цисплатин, циклофосфан, доксорубин, 5-фторурацил, ДТИК, мелфалан.

Побочные проявления Интрона А были оценены во время многочисленных клинических испытаний. В целом препарат переносится хорошо, побочные эффекты зависят от дозы. Гематологические нарушения и преходящие нарушения функции печени чаще всего наблюдаются при дозах выше 10 МЕ. К ранним побочным эффектам, появляющимся после первых инъекций, относится так называемый "гриппоподобный" синдром, проявления которого могут быть уменьшены с помощью парацетамола (500 мг - 1 г), который дают за 30 минут до введения Интрона А. Поздние побочные эффекты проявляются обычно после 2 - 6 недель терапии. Они включают усталость, анорексию, потерю веса, мышечную и головную боли, алопецию. Могут наблюдаться незначительные и преходящие гематологические изменения. Уменьшение дозы препарата предотвращает снижение показателей крови.

Интрон А нашел в настоящее время достаточно широкое применение в клинической практике. Научные исследования еще продолжаются, но уже выявлено около 30 показаний для его назначения. Сюда относится ряд вирусных заболеваний, в частности, хронические гепатиты В, С и дельта, остроконечная кондилома, папилломатоз гортани. Интроном А лечат множество гематологических заболеваний, как онкологической (хронические миелопротрофиеративные заболевания, лимфомы, миеломная болезнь), так и неонкологической природы (хроническая тромбоцитопеническая пурпура).

Интрон А является ведущим препаратом в лечении хронического миелолейкоза. При ежедневном использовании расчетной терапевтической дозы 5 МЕ/м² удается достичь полной гематологической ремиссии у 70 - 80% больных и цитогенетической ремиссии - у 50%. Это приводит к длительной выживаемости больных с медианой 80 месяцев. Подобных результатов невозможно достичь при лечении мелосаном или гидроксимочевиной. Одной из наиболее успешных областей применения Интрона А в гематологии является лечение волосатоклеточного лейкоза, где он стал основным методом лечения. В дозе 2 МЕ 3 раза в неделю препарат вызывает эффект у 70 - 80% больных с гематологическим улучшением у 90% из них. В отличие от химиотерапии Интрон А уменьшает процент волосатых клеток в костном мозге, а в некоторых случаях происходит их полное исчезновение, что указывает на его циторедуктивный эффект. Кроме того, интерферон широко используется в лечении солидных опухолей - меланомы, рака почки, мочевого пузыря, толстой и прямой кишки, опухолей головы и шеи, саркомы Капоши, карциноидных опухолей, кожной Т-клеточной лимфомы, рака яичников, рака легкого.

Значительный интерес вызывает применение Интрона А при карциноидных опухолях, при которых эффект от препарата достигается примерно у половины больных со значительным увеличением выживаемости при сравнении с нелечеными больными и больными, получавшими стрептозотин. У большинства пациентов при этом улучшается качество жизни - уменьшается диарея, число приливов, бронхоспазмов. Наблюдается также снижение уровней циркулирующих гормонов в сыворотке крови и уменьшение размеров опухоли более чем на 50%.

Огромное число исследований посвящено роли интерферона альфа-2b в лечении злокачественной меланомы. Отдельные ав-

торы отмечали длительные ремиссии у женщин с кожными, легочными метастазами и метастазами в лимфатические узлы. Длительные ремиссии от интерферона являются скорее правилом, чем исключением при меланоме, в отличие от кратковременных эффектов при химиотерапии. Продолжительные непрерывные режимы (не менее 6 месяцев) более эффективны, чем прерывистые и перемежающиеся. Факторами, предсказывающими эффективность, могут быть локализация метастазов, а также появление воспалительной реакции в кожных очагах поражения, возможно обозначающей улучшение иммунного ответа к антигенам меланомы. Американский онколог Кирквуд доказал, что важным компонентом успешного лечения является назначение высоких доз Интрона А.

Большое место в исследованиях по интерферону занимает изучение его возможности при лечении рака толстой и прямой кишки. Обобщенные литературные данные изучения применения интерферона с 5-ФУ у данной категории больных показали эффективность комбинации в 31% случаев. Вариации составили от 14 до 43%. Более поздняя публикация Вадлера и Вирника продемонстрировала 63% эффективности при использовании 5-ФУ по 750 мг/м²/день в виде 5-дневной инфузии с последующим ежедневным введением струйно той же дозы препарата и интерферона по 9 МЕ 3 раза в неделю.

Интрон А занял свое почетное место в лечении рака почки. К настоящему времени пролечено более 1000 таких больных. Наилучшим режимом являются дозы 5 - 10 МЕ 3 раза в неделю. Время наступления эффекта варьирует от 1 до 3 месяцев. Средняя длительность ремиссий составляет 6 месяцев, однако 1/3 больных находится в ремиссии до 1 года. Лучшие результаты наблюдаются после нефрэктомии и у больных с изолированными легочными метастазами.

Интерферон альфа-2b, как правило, в качестве одного агента у больных с диссеминированным процессом не дает драматических эффектов при большинстве солидных опухолей. Он должен быть использован после уменьшения объема опухоли путем хирургического вмешательства, лучевой и/или химиотерапии. Увеличение выживаемости может быть максимальным эффектом интерферона.

Локорегиональное введение интерферона является областью дальнейших исследований с тех пор, как впечатляющие результаты получены при внутривезикулярном лечении рака мочевого пузыря и при интраперитонеальном лечении рака яичников.

Таким образом, Интрон А - рекомбинантный интерферон альфа-2b - играет заметную роль в лечении различных заболеваний. Это не только онкология и гематология, где он занял прочные позиции. Появились исследования, обнаруживающие его эффективность при инфекциях ВИЧ: он может отсрочить прогрессирование при симптомах СПИДа, а также предупредить развитие инфекции. Возможности у препарата огромные и поэтому исследования продолжают. Их цель - улучшение эффективности лечения и выживаемости больных, разработка новых лечебных режимов, комбинаций с цитостатиками, лучевой терапией, изучение адъювантной терапии интерфероном и поддерживающей терапии после трансплантации костного мозга.

Более подробную информацию о препарате Интрон А и возможности его приобретения можно получить в представительстве фирмы ШЕРИНГ-ПЛАУ по тел.: 291 2925 и факс: 291 5060.



Издательство "Бином" начинает выпуск книги серии "Секреты медицины". Основные положения различных медицинских дисциплин рассмотрены в изданиях в виде вопросов и ответов. Это помогает решать проблемы диагностики, лечения и профилактики заболеваний практическим врачам и постигать секреты медицины студентам.

Одна из книг серии - "Секреты гематологии и онкологии" американских авторов Мари Э. Вуд и Пола Э. Банна. Книга задумана как источник полезной информации для студентов-медиков,

интернов и практикующих врачей, работающих в системе первичной медицинской помощи. В издании содержится 89 глав, входящих в 5 широких разделов под заголовками: "Общие концепции", "Общая гематология", "Онкогематология", "Общие принципы ведения онкологических больных" и "Солидные опухоли".

Первый раздел "Общие концепции" направлен на оценку наиболее частых проблем. В нем представлены вопросы и ответы, помогающие решить соответствующую проблему еще до направления больного на консультацию специалиста.

Раздел под названием "Общие принципы ведения онкологических больных" охватывает лечение болевого синдрома, различные осложнения химиотерапии и новые методы лечения (из них упомянуты трансплантация костного мозга, ростовые

факторы и моноклональные антитела). Главы по канцерогенезу, молекулярной диагностике и профилактике рака предназначены для введения читателя в интересные и быстро развивающиеся области онкологии.

Как и другие книги серии "Секреты медицины", это издание не претендует на роль исчерпывающего руководства, а скорее предназначено для общего обзора указанных областей медицины. Авторы и редакторы надеются на то, что читатель будет использовать материал как максимально информативный.

Планируемый выход книги - август 1997 года. Объем - около 500 страниц.

Адрес издательства "Бином": 103473; Москва, а/я 133, тел.: (095) 973 9063, 973 9064; факс: (095) 978 1631.

СЕЛУР МЕДИК



Биоторин - радио-химио продукт, биологический продукт, полученный из грибного штамма PS-64. Основные химические составляющие: белки, углеводы, липиды, содержащие ненасыщенные жирные кислоты, витамины группы В, комплекс энзимов - липазные, амиолитические, протеолитические, каталаза, пероксидаза, микро- и другие биологически активные вещества. Препарат обладает общим биоло-

гическим действием и используется для профилактики и лечения гемологических нарушений у онкологических больных при проведении лучевой и химиотерапии, для быстрого восстановления после тяжелой болезни, операции, при физических и психоэмоциональных перегрузках. По данным исследования, которое было проведено недавно в Башкирском республиканском онкологическом диспансере, применение Биоторина предупреждает развитие основных сывороточно-биохимических синдромов при лечении цитостатиками больных раком яичников. Результаты исследования позволяют рекомендо-

вать препарат для профилактики токсического поражения печени при химиотерапии. У больных с лимфопролиферативными заболеваниями при проведении лучевой терапии он препятствовал развитию радиоиндуцированных гематологических нарушений, лейко- и тромбоцитопении. Прием препарата не сопровождался побочными действиями и позволял проводить химио- и лучевую терапию не удлиняя интервала между циклами и не снижая курсовых доз.

Препарат вводят внутрь. Взрослым и детям старше 10 лет: по 2 капсулы 3 раза в день после еды, длительность лечения 4 - 5

БИТОРИН

недель, не менее 4 - 5 курсов, с интервалом 2 недели. Детям до 10 лет - по 1 капсулы 3 - 4 раза в день. Сроки и интервалы те же, что и у взрослых.

В профилактических целях Биоторин могут принимать те, кто работает в рентгеновских кабинетах, изотопных лабораториях, на атомных электростанциях и жители регионов с неблагоприятной экологией: 1 капсула 4 раза в день в течение 4 недель.

Более подробную информацию о препарате и возможности его закупки можно получить в Представительстве фирмы по тел.: (095) 315 6540, 315 6541; факс: (095) 313 3742.

ЭГИС



Эгиферон - раствор для инъекций. 1 миллион МЕ альфа-интерферона (лиофилизированных человеческих лейкоцитов); 1 мг белка сыворотки крови человека (50 - 60% альбумина сыворотки крови, остальное α 1- α 2-глобулин и другие белки лейкоцитарного

генеза) в лиофилизированном виде в одной ампуле.

Интерфероны являются естественными веществами, обладающими противовирусным и антипролиферативным действием. Антипролиферативная активность отмечается как в клетках здоровой ткани, так и в клетках злокачественных образований. Альфа-интерфероны, вырабатываемые лейкоцитами, являются препаратами выбора в терапии волосатоклеточного лейкоза.

Побочные эффекты. В начале терапии часто появляются

гриппоподобные симптомы, которые устраняются или предупреждаются обычными жаропонижающими препаратами. Редко отмечаются понижение аппетита, тошнота, рвота, местная реакция кожи, зуд, чувство усталости, уменьшение клеточного состава крови. Эти эффекты обратимы и обычно устраняются после уменьшения дозы или прекращения терапии.

Терапию необходимо проводить в гематологическом стационаре или под руководством его специалистов. На месте введения

ЭГИФЕРОН

(только внутримышечно) может образоваться покраснение кожи, болезненное уплотнение, поэтому целесообразно введение препарата в разные участки тела. При аллергии в анамнезе требуется усиленное наблюдение за больным. Данных о применении препарата у больных в возрасте до 18 лет нет.

Более подробную информацию о препарате и возможности его приобретения можно получить в Представительстве фирмы Эгис по тел.: 252 6402, 250 7180; факс: 252 6502.

ХЕМАПОЛ



Дакарбазин (лиофилизированный порошок) - противоопухолевый препарат, активным веществом которого является декарбазин, 5 (3,3-диметил-триазено-имидазол-4-карбоксамид (ДТИС).

Механизм действия дакарбазина состоит в его способности освобождать diazometan, который действует как алкилирующий реагент и взаимодействует с SH-группами. Как пуриновый аналог проявляет антиметаболическое действие. Наиболее высокие накопления наблюдались в

тканях печени. Препарат выводится большей частью почками, гломерулярной фильтрацией и тубулярной секрецией.

Показан при меланоме (в качестве монотерапии), лимфомах различного генеза. Как лекарство второго порядка к опухолям тестикулов, пищеварительного тракта, толстой кишки, сарком мягких тканей и ЦНС. Препарат применяют как в монотерапии, так и в комбинации с цитостатиками, в частности, с блеомицином, цисплатином, 5-фторурацилом, винкристином и преднизолоном.

Дакарбазин противопоказан беременным и кормящим грудью

женщинам, а также больным с повышенной чувствительностью к препарату. Важнейшим проявлением токсичности Дакарбазина может быть поражение системы кроветворения, проявляющееся как лейкопения и тромбоцитопения. К наиболее частым побочным эффектам относятся потеря аппетита, тошнота, рвота, в редких случаях поносы, выпадение волос, кожные реакции, легкая анемия и синдром гриппа, проявляющийся повышением температуры, болями в мышцах и общей усталостью. Применение препарата одновременно с фенобарбиталом, азетиопримом или 6-меркаптопурином ведет к уси-

лению токсических проявлений.

Применяют только в/в, в виде разовой инъекции длительностью в 1 мин. Перед употреблением растворяют в 10 или 20 мл воды для инъекций. При монотерапии вводят в дозе 150 - 250 мг/м² в течение 5 дней. При комбинированной терапии препарат вводят в дозе 100 мг/м² в течение 4 - 5 дней. Цикл повторяют через 21 - 29 дней.

Более подробную информацию можно получить в Представительстве АО "Хемапол" в Москве по тел.: (095) 251 2653, факс: 251 2636; алтешный склад: тел.: 251 4996, 956 1563, факс: 251 2636.

ДАКАРБАЗИН

РУСАН ФАРМА



Доксорубицин (доксорубицина гидрохлорид) - противоопухолевое средство из группы антрациклиновых антибиотиков. Механизм действия заключается в связывании ДНК и подавлении синтеза нуклеиновых кислот.

Показания. Саркома мягких тканей, остеогенная саркома, саркома Юинга, рак молочной железы, рак щитовидной железы, опухоль Вильмса, нейробластома, рак яичников.

Режим дозирования. Вводят только в/в. Назначают 60 - 75 мг/м² 1 раз в 3 - 4 недели; или 20 - 30 мг/м² в течение 3 дней каждые 3 - 4 недели; или 30 мг/м² поверхности тела 1 раз в неделю в течение 3 - 4 недель. Перерыв между курсами 3 - 4 недели. В мочевого пузырь вводится 30 - 50 мг 1 раз в неделю. Курсовая доза препарата не должна превы-

шать 500 - 550 мг/м² поверхности тела.

Побочное действие. Миелодепрессия (тромбоцитопения, лейкопения, анемия); алопеция; стоматит; тошнота, рвота; кардиомиопатия, симптомы сердечной недостаточности; аритмии (как следствие кардиотоксичности доксорубицина).

Противопоказания. Лейкопения, анемия, тромбоцитопения; острая фаза инфаркта миокарда; острый гепатит; билирубинемия; беременность.

Особые указания. С осторожностью назначают пациентам с заболеваниями сердца. В период лечения необходим регулярный контроль картины периферической крови, печени, ЭКГ и УЗИ сердца. При числе лейкоцитов менее 3300 - 3500/мм³ и тромбоцитов менее 100000/мм³ дозу препарата уменьшают на 50%. Если уровень билирубина повышен в два - три раза, то дозу препарата уменьшают на 50 - 75% соответственно. В случае попадания препарата под кожу необходимо немедленно удалить инъекционную иглу,

обколоть раствором гидрокортизона в дозе 100 мг, оросить хлорэтилом или положить лед, затем наложить спиртовую повязку.

Форма выпуска. Сухое вещество для инъекций по 0,01г во флаконе, в состав комплекта входит ампула, содержащая 5 мл воды для инъекций.

ФРУГИЛ

Фругил (флутамид) - синтетический антагонист тестостерона. Блокирует связывание тестостерона с рецепторами клеток-мишеней, предотвращая таким образом синтез белка, нарушает деление клеток тестостеронзависимых опухолей предстательной железы. Способствует уменьшению размеров и плотности предстательной железы, уменьшает количество и размеры метастазов в тканях при раке предстательной железы, способствует уменьшению боли в костях.

Фругил показан при лечении рака предстательной же-

лезы с метастазами, в том числе у больных при неэффективности гормональной терапии.

Режим дозирования. Назначают по 250 мг 3 раза в сутки.

Побочное действие. Со стороны желудочно-кишечного тракта - тошнота, рвота, диарея. Со стороны эндокринной системы - "приливы", потеря либидо, импотенция, гинекомастия.

Противопоказания: почечная недостаточность, повышенная чувствительность к компонентам препарата.

Особые указания. Препарат применяют как для монотерапии, так и в комбинации с агонистами гонадотропинрилизинг гормона. Во время лечения необходим контроль функции печени и почек.

Более подробную информацию о препаратах фирмы Русан Фарма и возможности их приобретения можно получить в представительстве "Фармакер Лимитед" по адресу: 117912; Москва, Ленинский пр-т, 29, тел.: (095) 955 4173, 955 4166; факс: (095) 954 2041.

ЛЕДЕРЛЕ



Новантрон (митоксантрон гидрохлорид) - синтетический антрацендион. Препарат является ДНК-реактивным средством. Обладает цитотоксическим действием на размножающуюся и неразмножающуюся клеточную культуру человека, что говорит о том, что он оказывает действие на быстроразмножающиеся и медленно растущие неоплазмы. Распределение в тканях является быстрым и обширным. Препарат медленно выделяется из организма, среднее время

полувыведения 12 дней (5 - 18 дней) и внутритканевые концентрации являются постоянными. Новантрон выводится через почки (6 - 11% с мочой) и печеночно-желчную систему (13 - 25% с калом), при этом не оказывает токсического действия на печень. При легкой и умеренной дисфункции печени не требуется изменение дозировки препарата. Новантрон не проходит через гематоэнцефалический барьер. Распределение в яичках сравнительно небольшое.

Показания к применению. Рак молочной железы - 12 различных схем комбинированной терапии (I линия химиотерапии, II - III линия при резистентных случаях, адъ-

ювантная химиотерапия, неадъювантная химиотерапия). Острый нелимфобластный лейкоз (комбинированная терапия), индукция ремиссии (частота ремиссии 50 - 60%), консолидация ремиссии и рецидивы (частота ремиссии 70 - 80%), профилактика нейрорлейкозов. Рефрактерные лимфобластные лейкозы (частота ремиссий 50%). Неходжкинские лимфомы (частота ремиссий 80%; 2-летняя выживаемость 70%). Рак предстательной железы (комбинированная терапия с преднизолоном - хорошо переносится, снижает страдания, улучшает качество жизни). Печеночноклеточная карцинома.

Клинические исследова-

НОВАНТРОН

ния свидетельствуют о сравнительно редко встречающихся побочных явлениях, таких, как алопеция и мукозиты. Кардиотоксичность, связанная с применением Новантрона, встречается также редко у больных, не имеющих предрасполагающих факторов риска.

Дозировка зависит от схемы лечения и может нуждаться в коррекции в зависимости от клинического ответа и переносимости.

Форма выпуска: раствор 20 мг в 10 мл.

Более подробную информацию о препарате можно получить в Представительстве фирмы по тел.: 591 0065, 591 8386, 591 8392; факс: 591 8672.

Cipla**ЭМЕСЕТ - ЗАЩИТА ОТ ТОШНОТЫ И РВОТЫ**

Один из основных побочных эффектов, который испытывают пациенты, получающие противораковую химиотерапию - тошнота и рвота. Эти неприятные проявления мешают проводить лечение в полном объеме, ослабляют организм, приводя к дегидратации и истощению. Врачи-онкологи имеют возможность контролировать тошноту и рвоту, используя различные комбинации препаратов, обладающих противорвотным действием, число которых достаточно велико. Это препараты из класса бензамидов (метоклопрамид, домперидон), фенотиазин (хлорпромазин, прохлорперазин), бутирофенонов (дроперидол, галоперидол), кортикостероидов (дексаметазон, метилпреднизолон), каннабиноидов (тетрагидроканнабинол), бензодиазепинов (лоразепам, диазепам), антигистаминных (дифенгидрамин, прометазин, дименгидринат) и новый класс - антагонисты 5-HT₃ 5-гидрокситриптамин 3 (серотонин) рецепторов (ондансетрон, тропisetрон, гранisetрон).

Однако, различные комбинации, в свою очередь, тоже имеют побочные эффекты, существенно ограничивающие их использование. Например, высокие дозы бензамидов могут подавлять сознание и оказывать седативный эффект, имеется риск развития экстрапирамидных расстройств. Кроме того, среди пациентов, получающих химиотерапию, велико число так называемых рефракторных больных, которые не реагируют на действие большинства известных препаратов, обладающих противорвотным действием. Препараты нового класса - антагонисты серотониновых (5-HT₃) рецепторов лишены многих недостатков своих предшественников. Они помогают существенно улучшить качество жизни больных. Их главное достоинство, помимо простой схемы применения, минимум побочных эффектов, что обеспечивает широту использования.

К числу таких препаратов относится высокодействующий и высокоселективный представитель данной группы **Эмесет** (ондансетрон), производимый фирмой ЦИПЛА Лтд.

Причины возникновения рвоты после приема противоопухолевых препаратов или проведения лучевой терапии хорошо изучены: раздражение желудочно-кишечного тракта цитостатиками вызывает высвобождение серотонина, вещества, который стимулирует специфические рецепторы 5-HT₃. Возникший импульс поступает в рвотный центр мозга, который на это немедленно реагирует - у больного появляется тошнота, а затем и рвота. Активирование вагусных афферентов может также вызвать выделение 5-HT в постреме, находящейся на дне четвертого желудочка, и это также может способствовать рвоте через центральный механизм. Механизм действия препарата **Эмесет** полностью не известен, но

можно предположить, что его эффект является результатом антагонизма рецепторов 5HT₃ на нейронах, расположенных в периферической и центральной нервной системе. Эмесет блокирует связывание серотонина с рецепторами и поэтому импульсы в рвотный центр не поступают.

Информация об использовании препарата в клинической практике.

Высокоэметогенная химиотерапия (особенно при назначении препаратов производных платины)

1-й день: разовая доза препарата **Эмесет** в объеме 8 мг путем медленной внутривенной инъекции непосредственно перед химиотерапией. Со 2-го по 5-й день терапии **Эмесет** назначают в таблетках по 8 мг дважды в день в течение пяти суток.

Или доза 8 мг путем медленной внутривенной инъекции непосредственно перед химиотерапией, а затем еще две внутривенные дозы по 8 мг с интервалом 2 - 4 часа, или путем постоянного вливания препарата из расчета 1 мг/час до 24 часов. 8 мг внутрь дважды в день в течение пяти суток.

Или разовая доза препарата **Эмесет** в объеме 32 мг, разведенная в 50 - 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида или 5% раствора глюкозы или в каких-либо других, совместимых с данным препаратом растворах для внутривенных вливаний. Доза вводится в течение не менее 15 минут непосредственно перед химиотерапией. Затем по 8 мг внутрь дважды в день в течение пяти суток.

При высокоэметогенной химиотерапии эффективность ондансетрона в первые 24 часа может быть усилена добавлением разовой внутривенной дозы 20 мг дексаметазона перед началом химиотерапии.

Эметогенная химиотерапия/лучевая терапия

1-й день: разовая доза препарата **Эмесет** 8 мг в форме медленной внутривенной инъекции непосредственно перед химио/лучевой терапией. Со 2-го по 5-й день назначают **Эмесет** в таблетках по 8 мг дважды в день в течение пяти суток.

Или **Эмесет** таблетки по 8 мг за 1 - 2 часа перед химио/лучевой терапией. Затем по 8 мг внутрь дважды в день в течение пяти суток.

ПРИМЕНЕНИЕ В ПЕДИАТРИИ**Высокоэметогенная химиотерапия**

1-й день: разовая внутривенная доза препарата **Эмесет** назначается из расчета 5 мг/м² и вводится непосредственно перед химиотерапией, а затем назначают таблетки по 4 мг через 12 часов. Со 2-го по 5-й день терапии назначают таблетки по 4 мг дважды в день в течение пяти суток. Эффективность препарата **Эмесет** в первые 24 часа может быть усилена добавлением разовой внутривенной дозы

20 мг дексаметазона перед началом химиотерапии.

Эметогенная химиотерапия/лучевая терапия

1-й день: разовая внутривенная доза препарата **Эмесет** назначается из расчета 5 мг/м² и вводится непосредственно перед химиотерапией, а затем назначают таблетки по 4 мг через 12 часов. Со 2-го по 5-й день назначают таблетки **Эмесет** по 4 мг дважды в день в течение пяти суток.

При назначении у пожилых пациентов (старше 65 лет) и у пациентов с нарушениями почечной функции не требуется регулировка дозировок, частоты приема препарата или способа его применения. У пациентов со средними или тяжелыми нарушениями функции печени не следует превышать общей суточной дозы препарата в объеме 8 мг.

Постоперационная тошнота и рвота

Для предотвращения постоперационной тошноты и рвоты препарат **Эмесет** назначают в таблетках по 8 мг за час до наркоза, а затем еще две дозы препарата по 8 мг с интервалом 8 часов. Или разовая доза - 4 мг неразведенного раствора препарата путем медленной внутривенной инъекции при вводимом наркозе.

Для лечения установившейся постоперационной тошноты и рвоты: разовая доза препарата **Эмесет** составляет 4 мг неразведенного раствора путем медленной внутривенной инъекции.

Противопоказания. Повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата. Не следует назначать во время беременности, особенно в первые три месяца, а также во время кормления грудью.

Побочные явления. Крайне редко возможны запоры, головная боль, иногда бессимптомное повышение уровня аминотрансферазы и некоторые экстрапирамидные реакции. Во время быстрого внутривенного введения изредка появляются временные нарушения зрения - расплывчатость.

Форма выпуска: **Эмесет** - таблетки по 4 мг и таблетки по 8 мг в упаковках по 6 таблеток, **Эмесет** раствор для инъекций - в ампулах по 4 мг/2 мл и 8 мг/4 мл в упаковках по 5 ампул.

Более подробную информацию о препарате **Эмесет** и по вопросам его закупки можно получить в Представительстве фирмы АДЖИО-ФАРМАЦЕВТИКА, по тел.: (095) 168 1782, 168 4796, 168 4875, 168 4130, факс: 168 5604, 162 0464 или письменно по запросу: 107370; Москва, Тюменский проезд, 5, 3 этаж.



ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ОНКОЛОГИИ

А. А. Герасимов, кандидат медицинских наук

Прогресс в химиотерапии опухолевых заболеваний и широкое применение противоопухолевых препаратов в клинической практике позволяют в настоящее время добиться излечения не только опухолей системы крови (острый лимфолейкоз и миелолейкоз, лимфогранулематоз и др.), но и некоторых других новообразований (саркома Юинга, рак яичек, опухоль Вильмса). Выраженный эффект химиотерапии отмечен при раке мочевого пузыря, шейки матки, эндометрия, яичников, молочной железы, множественной миеломе, хроническом миелолейкозе и лимфолейкозе, мелкоклеточном раке легкого, волосатоклеточном лейкозе.

Препараты компании Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд. (Швейцария) достаточно хорошо известны на российском рынке благодаря их высокому качеству, низкой токсичности и, главное, высокой эффективности при ряде онкологических заболеваний.

Одним из основных противоопухолевых препаратов является **Флюороурацил** (5-фторурацил), его действие связано с нарушением синтеза нуклеиновых кислот в опухолевой клетке. Флюороурацил входит практически во все схемы противоопухолевой химиотерапии и применяется при раке желудка, толстой кишки, пищевода, опухолях головы и шеи и других. Его противоопухолевая активность увеличивается при сочетании с препаратами интерферона и лейковорином. Эффективен также в составе комбинированных схем лечения рака молочной железы, плоскоклеточного рака головы и шеи, легкого. Флюороурацил выпускается во флаконах по 250 мг, 5 флаконов в упаковке, применяется в виде краткосрочных в/в инъекций и длительных в/в инфузий.

Еще одним, пожалуй, самым известным препаратом Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд. является **Натулан** (прокарбазин). Этот препарат уже в течение 30 лет является одним из самых эффективных средств для лечения злокачественных лимфом. Наибольшую эффективность в режиме монотерапии Натулан показал при лечении лимфогранулематоза. В России для лечения этого заболевания до настоящего времени, да и в ближайшие несколько лет, схемы, включающие Натулан, будут являться наиболее распространенными как для лечения первичных больных, так и при рецидивах заболевания в составе схем второй линии. Натулан выпускается в капсулах по 50 мг, 50 шт. в упаковке.

Компания Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд. является одним из лидеров в разработке и клиническом применении препарата из группы альфа-интерферонов **Роферона-А** (интерфе-

рон альфа-2а), который производится генно-инженерным способом и отличается чрезвычайно высокой степенью очистки (является стандартом ВОЗ для всех других препаратов альфа-интерферона). Роферон-А оказывает противоопухолевое действие и применяется в онкологической практике при волосатоклеточном лейкозе, хроническом миелолейкозе, лимфосаркомах низкой степени злокачественности, Т-клеточных лимфосаркомах кожи, саркоме Капоши, местнораспространенном раке мочевого пузыря, первичном раке почки. Это одно из основных средств лекарственного лечения больных раком почки в амбулаторных условиях. При метастатической меланоме лечение Рофероном-А приводило к объективной регрессии кожных и висцеральных опухолей у 10 - 25% больных.

Роферон-А является одним из самых эффективных препаратов для лечения вирусных гепатитов В и С, в т. ч. у онкологических больных. Выпускается во флаконах по 3, 4,5, 9 и 18 млн. ЕД, вводится в/м или п/к. Отличительным и весьма удобным моментом является то, что Роферон-А поставляется вместе с растворителем.

Основным недостатком всех химиотерапевтических средств является высокий риск побочных действий. Угнетение костного мозга (лейкопения, тромбоцитопения и анемия) нередко вынуждает ограничить дозу препарата и/или увеличивать интервал между курсами. Кроме того, в силу основного заболевания и как побочное действие цитостатической терапии у онкогематологических больных имеется выраженный иммунодефицит. Это делает опасной для жизни больного любую инфекцию, при которой применение стандартных антибиотиков, обычных противогрибковых средств и противовирусных препаратов не дает желаемого эффекта.

С целью борьбы с нейтропенией и связанным с ней осложнением был разработан уникальный препарат - **Нейпоген**, представляющий собой полный аналог естественного (человеческого) гранулоцитарного колониестимулирующего фактора. Нейпоген стимулирует рост, развитие и выброс в периферическое кровяное русло функционально активных нейтрофилов - клеток крови, играющих основную роль в защите организма от бактериальных инфекций. Уже после однократной п/к инъекции Нейпогена в дозе 5 мкг/кг массы тела происходит значительное повышение количества нейтрофилов, но для достижения стабильного эффекта необходимо ежедневное введение препарата. Применение Нейпогена значительно уменьшает вероятность возникновения нейтропении и инфекции, а так-

же их продолжительность и тяжесть во время цитостатической химиотерапии. Нейпоген является стандартом лечения у онкологических больных, так как позволяет оптимально проводить плановую химиотерапию без снижения дозы противоопухолевых лекарств и увеличения перерыва между курсами лечения, что является залогом успеха в борьбе с опухолями. Его применение делает безопасным амбулаторную химиотерапию в эффективных режимах.

В последние годы большое внимание уделяется высокодозной химиотерапии онкологических заболеваний с последующей трансплантацией костного мозга или периферических стволовых клеток. Эти перспективные для больных методы лечения и процедуры невозможны без применения Нейпогена - самого мощного ростового фактора, стимулирующего выброс нейтрофилов. Нейпоген выпускается во флаконах по 300 и 480 мкг, вводится п/к в дозе 5 мкг/кг массы тела.

Еще одним уникальным препаратом, который производит Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд., является **Цимевен** (ганцикловир). Цимевен - единственный препарат для лечения цитомегаловирусной инфекции, не всегда четко проявляющейся клинически и в настоящее время трудной для своевременной диагностики. Практически каждый человек на земле является носителем цитомегаловируса, однако его воздействие на организм находится под контролем нормально функционирующей иммунной системы. Только при угнетении иммунитета возникают опасные для зрения и угрожающие жизни осложнения (пневмония, колит и др.), которые не поддаются лечению обычными препаратами. Только благодаря применению Цимевена врачам удалось сохранить зрение и жизнь тысячам онкологических больных, а также больным после трансплантации органов и больным СПИДом. Цимевен выпускается во флаконах по 500 мг, вводится в/в капельно из расчета 5-10 мг/кг массы тела.

Более подробную информацию по клиническому использованию препаратов можно получить в Представительстве компании по адресу: Москва, 103051, Рахмановский пер. 4, стр. 1. Тел. (095) 258 2777; факс: (095) 258 2771.



КСИДИФОН - ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ РЕГУЛЯЦИИ КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА

**Т. А. Матковская, кандидат химических наук, генеральный директор АО РЕФАРМ,
Э. А. Юрьева, профессор, доктор медицинских наук, руководитель лаборатории
обмена веществ МНИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РФ**

В настоящее время приходится констатировать, что все большее число заболеваний медики связывают с неблагоприятной экологической обстановкой. Многие из них являются либо результатом патологического действия солей экзогенных металлов (свинец, хром, кадмий и т. д.) и/или возникают в связи с нарушением микроэлементного обмена собственных солей в организме. Наиболее распространенным результатом действия на организм человека экотоксических факторов является нарушение обмена кальция, который высвобождается из поврежденных клеток различных органов, костной и мышечной ткани и может откладываться в виде малорастворимых кальциевых солей в мягких тканях, суставах, сосудах. При длительном проживании человека в условиях, неблагоприятных с точки зрения экологии, высок риск развития раннего остеопороза, остеохондроза, артритов, кальцифицирующих миозитов, т. е. тех заболеваний, которые ограничивают двигательную активность.

Повышенная мышечная утомляемость и вынужденная малоподвижность приводят к чрезмерному выходу кальция из костей - возникает замкнутый круг различных заболеваний, связанных с нарушением минерального обмена. Это стало "бичом" не только для людей пожилого возраста, но и для детей, которые вместо подвижных игр на воздухе предпочитают "сидение" у телевизора.

Проблема регуляции микроэлементного и кальциевого обмена - важнейшая задача для медиков при лечении заболеваний в онкологии, стоматологии, нефрологии, неврологии, при костной патологии и т. д. Несмотря на наличие широкого спектра препаратов, влияющих на кальциевый обмен, расширение ассортимента является актуальной задачей фармакологов. Дело в том, что существующие препараты или достаточно токсичны ввиду их влияния на гормональный обмен, или имеют побочные эффекты, или не обладают специфичностью действия для осуществления индивидуализации в лечении.

В этом плане перспективным является класс соединений - комплексонов, которые способны образовывать устойчивые соединения с ионами металлов. Образуются в организме растворимые комплексы с токсичными металлами, они способствуют их быстрому выведению. Комплексоны традиционно применяли в качестве антидотов при отрав-

лениях тяжелыми и редкоземельными элементами, но, как оказалось, их возможности гораздо шире. С одной стороны - они предотвращают рост и агрегацию солей кальция, а с другой стороны, образуя на поверхности гидроксипатита "пленку", препятствуют его растворению. Их высокая комплексобразующая способность по отношению к ионам двух- и трехвалентных металлов может оказывать влияние на многочисленную группу металлоферментов, которые участвуют в разнообразнейших биохимических реакциях. Например, 1-гидроксиэтилендисульфоновая кислота (ОЭДФ) является синтетическим аналогом естественного регулятора обмена кальция - пирофосфата, но в отличие от него обладает устойчивостью к химической и ферментативной деградации в условиях организма. Это соединение обладает малой токсичностью и быстро выводится из организма через почки. На его основе ГосНИИ ИРЕА с дочерней организацией АО "РЕФАРМ" ПО "Мосхимфармпрепараты" разработали и запатентовали препарат **Ксидифон**.

Действие Ксидифона (20% раствора калий натриевой соли ОЭДФ) непосредственно связано с его свойством регулировать метаболизм кальция на уровне клетки и стабилизировать клеточные мембраны, встраиваясь в их липидные и белковые структуры при различной патологии. Ксидифон ингибирует патологическую кальцификацию мягких тканей и предотвращает чрезмерный выход кальция из костной ткани, снижает патологическую реакцию в ответ на иммунопатологическое воздействие: уменьшается образование антител секретируемыми клетками, падает гиперчувствительность тканей замедленного и немедленного типа. Способствует выведению тяжелых металлов, не нарушая при этом микроэлементного обмена в организме.

Возможности Ксидифона изучались в разных клиниках: Московском НИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РФ (академик РАМН Ю. Е. Вельтищев, проф. Э. А. Юрьева), ЦНИИ травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова (проф. С. Т. Зацепин, д. м. н. С. С. Родионова), ММСИ им. Н. А. Семашко (д. м. н. Э. М. Кузьмина), Эндокринологическом Центре (д. м. н. Л. Я. Рожинская) и многих других. Наиболее важным результатом исследований препарата в Московском научно-исследовательском онко-

гическом институте им. П. А. Герцена является вывод об эффективности применения препарата в онкологической практике. рядом медицинских учреждений подготовлены материалы по расширению показаний и способов его применения в неврологии, ревматологии и других областях.

Ксидифон применяется для лечения различных форм остеопороза (иммобилизации, постменопаузального и т. д.), мочекаменной болезни, других заболеваниях почек, при дизметаболических нефропатиях и интерстициальном нефрите. Препарат обеспечивает выведение оксалата из организма и снижает его биосинтез, предупреждает образование кристаллов солей кальция с жирными кислотами ("кальциевых мыл"), мукополисахаридами и другими метаболитами соединительной ткани. Показан при ряде профессиональных заболеваний (интоксикация витамином D, тяжелыми металлами).

Период полувыведения препарата - 24 часа. Выводится в неизменном состоянии через почки. Из желудка всасывается в течение 30 мин. после приема. Терапевтическая концентрация Ксидифона 10 мкмоль/л поддерживается в моче, слюне и крови в течение 12 - 42 часов.

Ксидифон применяют внутрь за 30 мин до еды в виде 2% раствора, который получают при разведении в 10 раз концентрированного 20% раствора дистиллированной или кипяченой водой.

Побочное действие. При длительном приеме препарата отмечается воздействие на перекисное окисление липидов, которое устраняется приемом 5% масляного раствора витамина Е, по 10 капель 1 раз в сутки. Применение препарата противопоказано при беременности и гипокальциемии.

АО "РЕФАРМ" разработаны косметические средства с Ксидифоном - крем для использования при отложении солей КСЕНИЯ, массажный крем КСАНТИ, крем для ног РЕМИКС, зубной эликсир КСИДЕНТ. Средства лечебной косметики с Ксидифоном позволяют мягко влиять на организм, обеспечивая профилактику и лечение заболеваний с нарушением кальциевого обмена.

Более подробную информацию о препарате можно получить в АО "РЕФАРМ" по тел.: 963 7453.



АРИМИДЕКС - НОВЫЙ СЕЛЕКТИВНЫЙ ИНГИБИТОР АРОМАТАЗЫ В ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н. П. Макаренко, кафедра онкологии Российской Медицинской Академии последипломного образования.

Рак молочной железы (РМЖ) в Российской Федерации занимает первое место среди злокачественных новообразований у женщин. Невершенство диагностики обуславливает тот факт, что более 40% женщин и около 50% мужчин, больных РМЖ, начинают лечение в 3 и 4 стадиях заболевания, которые считаются первично-неоперабельными. Генерализация опухолевого процесса может наступить в любые сроки после окончания лечения первичной опухоли, что увеличивает количество больных с распространенными формами заболевания.

Лечение далеко зашедшего РМЖ остается одной из наиболее сложных проблем клинической онкологии. При 3 и 4 стадиях заболевания, т. е. более чем у 40% больных не может быть применено только хирургическое лечение в чистом виде. Эти стадии заболевания требуют применения комплексного лечения, включающего в себя лучевое воздействие, химиотерапию и гормональное лечение. Согласно современным представлениям, пролиферативные процессы в нормальной и опухолевой ткани молочной железы зависят от сочетанного влияния эстрогенов и гормонов передней доли гипофиза.

Большинство существующих методов гормонотерапии РМЖ направлено на подавление выработки эстрогенов, которым придается одно из решающих значений в возникновении, росте и метастазировании РМЖ.

Ряд исследователей полагает, что секреция эстрогенов яичниками вряд ли продолжается более 2-х лет от начала менопаузы. У женщин в постменопаузальном периоде основным механизмом продукции эстрогенов является превращение, с помощью фермента ароматазы, андренального стероида андростендиона в эстрон, а затем в эстрадиол. Кроме того, имеются данные, что у женщин в глубокой менопаузе андростендион может вырабатываться не только надпочечниками, но и яичниками. При этом так же происходит превращение андрогена андростендиона в эстрогены под действием фермента ароматазы.

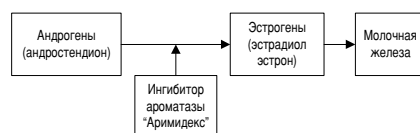
В начале 70-х годов был открыт ингибитор ароматазы "аминоглутетимид" (АГ), ранее уже использовавшийся, но не в онкологической практике, а как противосудорожное, противозиплетическое средство под названием "хлоралгидрат". В 1960 году хлоралгидрат (аминоглутетимид) был изъят, как противосудорожное средство, по причине развития в ряде случаев кортико-адреналовой недостаточности. Исходя из

убеждения, что аминоглутетимид способен вызывать так называемую медикаментозную адреналктомию, это средство с 1967 года стало использоваться в терапии распространенного рака молочной железы.

У менструирующих женщин не наблюдалось достоверного снижения уровня эстрогенов в результате использования аминоглутетимида (АГ), а терапевтический эффект у больных в менопаузе, по всей вероятности, объяснялся снижением уровня эстрогенов в плазме крови в результате ингибирования ароматазы.

Таким образом, в ряде исследований было отмечено, что АГ так же эффективен, как прогестины и антиэстрогены. Однако АГ не действует избирательно только на ароматазу, он подавляет целый ряд ферментов, участвующих в адреналовом стероидогенезе. Помимо того, длительное применение АГ в стандартных дозах может вызвать целый ряд серьезных побочных эффектов. Из-за своей токсичности АГ является препаратом третьего ряда, после тамоксифена и прогестинов. Аминоглутетимид (ориметен, мамомит) следует комбинировать с кортикоидами для предупреждения возможной кортикальной недостаточности и ее последствий.

Зная, что угнетение ароматазы является эффективным лечением рака молочной железы на поздних стадиях у женщин в постменопаузальном периоде, с середины 80-х и до начала 90-х годов проводились поиски новых ингибиторов ароматазы, которые обладали бы лучшей переносимостью и более удобным режимом дозирования. Это привело к созданию мощного высокоселективного нестероидного перорального ингибитора ароматазы **Аримидекса** (анастрозола).



Аримидекс в дозе 1 мг, 1 раз в день, перорально, угнетает ароматазу на 96,7%, вызывая супрессию эстрона на 86,8%, эстрадиола на 84,0%, а эстриола на 93,5%, причем уровень супрессии эстрогенов сохраняется в течение всего времени приема препарата. При терапии Аримидексом удается снизить эстрогены до уровней, достоверно более низких, чем при терапии прогестинами.

Являясь мощным высокоселективным ингибитором ароматазы, Аримидекс не влияет на продукцию стероидных гормонов надпочечниками и не требует применения кортикоидов для заместительной терапии. При этом клиническое улучшение достигается более чем у трети пациентов. Объективный ответ на лечение Аримидексом в суточной дозе 1 мг составил 35,4%, при этом лечение мегестрол ацетатом в суточной дозе 160 мг был равен 34,0%. Аримидекс - первый ингибитор ароматазы, продемонстрировавший достоверно более высокую выживаемость по сравнению с прогестинами. В случае прогрессирования опухолевого процесса на фоне эндокринной терапии тамоксифеном, Аримидекс может быть именно тем препаратом, при введении которого можно ожидать получения выраженной ремиссии.

Уровень супрессии эстрогенов остается постоянным при продолжении приема препарата, причем как при суточной дозе 1 мг, так и при применении в суточной дозе 10 мг, средняя концентрация эстрадиола в сыворотке уменьшалась более чем на 80%, так что повышение дозы Аримидекса не влечет за собой более глубокую супрессию эстрогенов. Таким образом, увеличение суточной дозы Аримидекса более чем 1 мг один раз в день нецелесообразно, так как не улучшает результатов лечения. В целом, Аримидекс хорошо переносится. Как следствие снижения уровня эстрогенов, могут появиться "приливы", сухость слизистой влагалища, истончение волос. Иногда у больных, принимающих этот препарат, возникают желудочно-кишечные симптомы, астения, сонливость. Эти неблагоприятные явления бывают, в основном, легкие и умеренные.

Если оценивать побочные действия Аримидекса и мегестрола ацетата, то при использовании прогестинов более чем у 34% больных отмечается прибавка в весе свыше 5%, что является неблагоприятным прогностическим фактором, так как жировая ткань является одним из источников эстрогенов в постменопаузе.

Более подробную информацию о препарате можно получить в Представительстве фирмы: 113054, Москва, Б. Строченовский пер., 22/25; тел.: (095) 230 6111; факс: (095) 230 6119.

ZENECA

ШЕРВУД-ДЭВИС И ГЕК



Компания «Шервуд-Дэвис и Гек», входящая в корпорацию «Американ Хоум Продукт», является мировым лидером в производстве шовного материала для всех разделов современной хирургии. Помимо этого она производит приборы для наложения кожных скрепок, а также широчайший спектр продукции для анестезиологии, реанимации, кардиологии, урологии, стоматологии и лабораторного дела. Качественная и удобная техника, надежные шовные материалы пользуются большим спросом во многих странах. Любовь и признание врачей, медицинских сестер и лаборантов компания заслужила благодаря энергичным усилиям оптимизировать и облегчить их труд, стремлением найти оригинальное решение рутинных проблем.

Сегодня компания является пионером в разработке шовного материала, а специализироваться на выпуске шовного материала она начала еще в начале нынешнего века. В 1922 году ее предприятия первыми в мире начали выпуск атравматичных нитей. Теперь слово **Atraumatic** на века сохранит ее торговую марку. В 1958 году специалисты компании предло-

жили идею упаковки и стерилизации всего шовного материала в единичные разовые конверты **Surgilope sp** и предприятия приступили к ее осуществлению. Огромным шагом вперед для медицины стало создание и выпуск первого в мире синтетического рассасывающегося шовного материала **Dexon** - это было 1970 году. В настоящее время такие нити, как **Dexon** и **Maxon** заслуженно пользуются репутацией лучших в мире.

Особый, очень важный раздел - хирургические иглы. Здесь тоже «Шервуд-Дэвис и Гек» является пионером. Введены в клиническую практику съемные атравматические иглы **Di-tach**, вращающиеся вокруг стальной проволоки на 360 градусов, иглы **Rotogrip** (для ушивания грудины), специальные нетупящиеся иглы **Cardio-point** (для кальцифицированных и пораженных атеросклерозом сосудов, фиброно-измененных тканей, для микро-, офтальмо- и пластической хирургии), первый в мире истинно эластичный шовный материал **Novafil** и многое другое.

Широко известна торговая марка **Argyle**, под которой фирма «Шервуд» выпускает центральные и периферические венозные и артериальные катетеры, разнообразные одно- и

ШОВНЫЙ И РАСХОДНЫЙ МАТЕРИАЛ

двухканальные отсасывающие катетеры, силиконовые и поливиниловые, абсолютно атравматичные, снабженные рентгенконтрастной полоской для контроля глубины их проникновения, эндотрахеальные и трахеостомические трубки с надувными манжетами и без них.

Чрезвычайно актуальна разработка и внедрение в медицинскую практику зондов и приборов для энтерального питания. Постоянно совершенствуются дренажные системы для плевральной полости: пройден путь от систем пассивного дренажа до активного дренирования с возможностью аутогемотрансфузии.

Не нуждается в рекламе и торговая марка **Monoject**: это шприцы всех размеров - от инсулиновых и туберкулиновых до шприцев Жане, иглы инъекционные - от внутрикожных и стоматологических до применяемых для спинальной и эпидуральной анестезии. Конструкция спинальных и эпидуральных игл гарантирует точность и безопасность проводимых манипуляций. Очень удобны в использовании иглы и шприцы для биопсии. Многообразны лабораторные наборы для забора крови и выпускаемые для обеспечения безопасности медицинского персонала контейнеры для сбора использованных игл и шприцев.

Выходя на огромный Российский рынок, компания «Шервуд-Дэвис и Гек» ставит своей целью не просто обеспечить наши больницы современной западной техникой и материалами, но и обучить медперсонал правильно их использовать. С этой целью проводятся конференции, семинары, предоставляются видеоматериалы. Особое внимание уделяется работе со средним медицинским персоналом. Ну и, конечно, больницам, которые приобрели ее приборы и инструменты фирма представляет необходимое сервисное обслуживание. Фирма прочно обосновалась на огромном пространстве России, практически любое лечебное учреждение может воочию убедиться в отменном качестве знаменитой американской продукции.

За всей интересующей информацией просим Вас обращаться к нашим представителям в Вашем регионе.

Москва - тел. (095) 591 0065, 591 8392, 598 9621, 591 8386, факс: 591 8672; Нижневартовск - тел./факс (34-66) 24-29-13; Краснодар - тел./факс: (8612) 33 6342; Красноярск - тел./факс (3912) 33 2434; Нижний Новгород - тел./факс (8312) 65 0295, 65 0341; Екатеринбург - тел./факс: (3432) 23 3339. Готовится к открытию представительство в Новосибирске.

ПОЛЮС ФАРМ

Компания «**Smith + Nephew**» (Великобритания) была создана в 1896 году. Сегодня повязки и перевязочные средства компании известны во всем мире. Это впитывающие и послеоперационные повязки, повязки для лечения пролежней, ожогов, полоски для бесшовного стягивания краев раны, повязки для предотвращения образования и лечения гипертрофических и келоидных рубцов, широкий ассортимент фиксирующих лент, эластичные бинты, натуральные и синтетические гипсовые бинты. Отличительная черта повязок **Smith + Nephew** - атравматич-

ность и гипоаллергенность.

Opsite Incise Drape - покрытие операционного поля. Водонепроницаемая прозрачная пленка, не дает бликов, при любой длительности операции обеспечивает дыхание кожи, не допускает мацерации, не отслаивается, надежность фиксации сохраняется до конца операции. Пленка хорошо фиксируется на неудобных контурах.

IV 3000 - прозрачная водонепроницаемая пленка для фиксации катетеров. Обеспечивает дыхание кожи, реагирует на появление влаги в мес-

те стояния катетера (из-за подтекания или обильного потоотделения), увеличивая проницаемость для паров воды, оставляет место стояния катетера сухим. Накладывается на длительное время (неделя и более).

Opsite Post Op - послеоперационная повязка. Впитывающая прокладка - атравматична, не допускает прилипания, врастания новых клеток. Фиксирующая часть - прозрачная водонепроницаемая пленка, обеспечивает дыхание кожи, не допускает мацерации. Накладывается после операции и до снятия швов.

Carbonet - комбинированная повязка. Включает атравматичный слой, впитывающий слой и слой из углеминеральных волокон. Предназначена для лечения инфицированных ран с неприятным запахом.

Более подробную информацию о приобретении повязок и перевязочных средств можно получить у эксклюзивного дистрибьютора компании «Smith+Nephew» ЗАО «Полюс Фарм» по тел.: (095) 111 1244, тел./факс: (095) 111 1015.

Smith+Nephew

ПОВЯЗКИ И ПЕРЕВЯЗОЧНЫЕ СРЕДСТВА

МАММОГРАФЫ LORAD (M-IIЕ, M-III, M-IV) производства компании "TREX Medical" (США)

Медицинская компания "DIATECH AG", Швейцария, являющаяся официальным дилером ряда американских компаний, таких как "TREX Medical", "Hewlett Packard", "Infrasonics", "Nelcor-Puritan-Bennett" и др. и успешно работающая на российском рынке в течение ряда лет, представляет продукцию мирового лидера в области маммографии - аппараты LORAD компании "TREX Medical", США.

Более чем десятилетнее сотрудничество разработчиков с медицинскими организациями привело к созданию наиболее совершенных на сегодняшний день маммографических систем LORAD M-IIЕ, LORAD M-III, LORAD M-IV.

Для снижения дозы облучения пациента и повышения качества изображений в аппаратах LORAD был впервые применен высокочастотный генератор постоянного потенциала, ставший стандартным в настоящее время.

Система автоматического управления экспозицией кроме обычного режима Auto-Time работает также в режиме Auto-kV, при котором напряжение на трубке автоматически подбирается в процессе снимка, что обеспечивает оптимальное качество снимков, независимо от размера и плотности исследуемого объекта.

Интегрированная информационная система DATAPORT управляет всеми режимами исследований, отображает текущие параметры и, с помощью устройства AutoFilm ID, позволяет выводить данные исследования для переноса их на пленку вместе с фамилией и датой.

Аппараты могут оснащаться биопсийной приставкой StereoLocII, работающей под управлением компьютера.

Открытая архитектура аппаратов и программное обеспечение делают возможной модернизацию путем подключения дополнительного оборудования, такого как цифровая система маммографии DSM.



LORAD M-IIЕ

- Мобильная конструкция
- С-образный штатив с моторизованным вертикальным перемещением
- Поворот штатива +180°/-105° с электромагнитной фиксацией
- Кнопки управления дублированы в пяти местах на штативе
- Коллиматор с фиксированными апертурами, подвижной задней шторкой и подсветкой поля исследования
- Моторизованная и ручная компрессия с автоматическим снятием, ножные педали управления компрессией
- Высокочастотный рентгеновский генератор 22 - 34 кВ, 1.7 - 400 мАс, 0.1 - 5.0 сек, цифровая индикация параметров, защита трубки от перегрузки
- Рентгеновская трубка с молибденовым вращающимся анодом с теплоемкостью 300 000 тепловых единиц, два фокуса: 0.1 мм, 0.3 мм
- Молибденовый фильтр, бериллиевое окно
- Два режима автоэкспозиции Auto-Time и Auto-kV с трехпозиционным твердотельным датчиком
- Кассетодержатель и растровая система 18x24 см
- Прозрачная радиационная защита на аппарате
- Система увеличения 1,8X
- Электропитание 220 В, 20 А, автоматическая компенсация напряжения сети

LORAD M-III

- Мобильная конструкция
- С-образный штатив с моторизованным вертикальным перемещением
- Поворот штатива +180°/-165° с электромагнитной фиксацией, цифровая

индикация угла поворота

- Кнопки управления дублированы в пяти местах на штативе
- Коллиматор с автоматической и фиксированными апертурами, подвижной задней шторкой и подсветкой поля исследования
- Моторизованная и ручная компрессия с автоматическим снятием, ножные педали управления компрессией
- Высокочастотный рентгеновский генератор 22 - 34 кВ, 1.7 - 400 мАс, 0.1 - 5.0 сек, защита трубки от перегрузки, монитор на консоли для индикации параметров и выбора режимов
- Рентгеновская трубка с молибденовым вращающимся анодом с теплоемкостью 300 000 тепловых единиц, два фокуса: 0.1 мм, 0.3 мм
- Молибденовый фильтр, бериллиевое окно
- Два режима автоэкспозиции Auto-Time и Auto-kV с трехпозиционным твердотельным датчиком
- Кассетодержатель и растровая система 18x24 см
- Автоматическое распознавание установленных принадлежностей
- Прозрачная радиационная защита на аппарате
- Система увеличения 1,8X
- Электропитание 220 В, 20 А, автоматическая компенсация напряжения сети

LORAD M-IV

- Модульная стационарная конструкция
- Семь управляющих микропроцессоров
- С-образный штатив с моторизованным вертикальным перемещением
- Моторизованный поворот штатива +195°/-165° с памятью угла поворота для выполнения симметричных снимков, цифровая индикация угла поворота
- Дублированные кнопки управления
- Автоматический коллиматор с подсветкой поля исследования
- Моторизованная и ручная компрессия с автоматическим снятием, ножные педали управления компрессией и вертикальным перемещением штатива
- Пульт управления с плоским экраном, клавиатурой, флоппи дисководом для хранения данных исследований, встроенной системой AutoFilm ID, устройством ввода штрих-кодов
- Высокочастотный рентгеновский генератор 20 - 39 кВ, 3.0 - 500 мАс, 0.1 - 5.0 сек, защита трубки от перегрузки

- Рентгеновская трубка с молибденовым высокоскоростным вращающимся анодом с теплоемкостью 300000 тепловых единиц, два фокуса: 0,1 мм, 0,3 мм
- Молибденовый и родиевый фильтры, бериллиевое окно
- Три режима автоэкспозиции Auto-Time, Auto-kV и Auto-Filter с трехпозиционным твердотельным датчиком
- Кассетодержатель и растровая система 18x24 см
- Автоматическое распознавание установленных принадлежностей
- Прозрачная радиационная защита
- Система увеличения 1,8X
- Электропитание 220 В, 20 А, автоматическая компенсация напряжения сети

Маммографические аппараты LORAD отвечают всем международным стандартам и обеспечивают весь спектр диагностических процедур. Аппараты имеют регистрационное удостоверение Минздрава России.

Проведение маммографических исследований на аппаратах LORAD комфортно, не требует значительных физических нагрузок даже в условиях большого потока больных. Получаемые снимки высокоинформативны, позволяют различать мелкие детали, элементы изображения, имеющие небольшие различия плотности, микрокальцинаты.

Маммографические аппараты обеспечивают не только высокое качество диагностики, но и обладают большой пропускной способностью.

На аппараты LORAD гарантия 1 год. Монтаж аппаратов, обучение персонала на месте и гарантийное обслуживание включены в стоимость оборудования.

Офис фирмы: 123557; Москва, Большой Тишинский пер., 38, 2-й этаж, офис 226 - 227.

Телефоны: (095) 205 3418, 205 3427; факс: (095) 205 3724.

DIATECH AG
Medical Equipment

ЛАЗЕР В ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

С. В. Москвин, А. А. Радаев, М. Н. Титов

Лазерный скальпель все чаще заменяет хирургу обычный. Его применяют в гнойной хирургии, при удалении полипов в желудке и кишечнике. В последние годы с помощью эндоскопической техники делают операции на сердце и сосудах, например, удаляют путем испарения атеросклеротические бляшки. Сравнительно недавно лазер стали применять в онкологии. Один из перспективных методов - фотодинамическая лазерная терапия. Упрощенно эта трехэтапная процедура выглядит так. Внутривенно пациенту вводят чувствительное к лазерному свету вещество - фотогем. Затем его облучают лазером с голубым светом, под действием которого фотогем в раковых клетках начинает светиться - флуоресцировать. Врачи, определив места расположения опухоли, ее границы и плотность, прицельно облучают ее лазером, излучающим красный свет. Фотогем, находящийся в больных клетках, заряжается новой энергией и начинает выделять высокоактивные атомы так называемого синглетного кислорода. Под их действием раковые клетки полностью разрушаются, а здоровые остаются незатронутыми.

Остановимся подробнее на возможностях лазера в онкологии, лечении побочных эффектов и осложнений, сопутствующих многим заболеваниям.

В Онкологическом научном центре РАМН было проведено исследование 82 больных, страдающих опухолями различной локализации, осложненных гнойными ранами и свищами после операций и лучевой терапии. В частности, у 45 пациентов были тяжелые последствия после операций и лучевой терапии по поводу рака гортани, языка и полости рта; у 4 - нагноение раны и расхождение швов после мастэктомии; у 6 -

постлучевой ззофагит; у 18 - флебиты после введения противоопухолевых химиопрепаратов; у 9 - лимфоррея после операций по поводу рака молочной железы.

Применяли лазерный аппарат "Мустанг". Использовали мощность 18 мВт, частоту импульсов: 5, 80, 300 Гц и 1 кГц. Облучение раневой поверхности и свищей проводили по 1 минуте с частотой 1 кГц и 300 Гц (при подкожных гнойных процессах) до появления грануляций (2 - 4 сеанса), затем уменьшали время экспозиции до 30 сек. Проводили от 3 до 12 сеансов. При постинъекционных флебитах облучали область воспалительного процесса сеансами по 7 мин. (5 мин. с частотой 1 кГц и 2 мин. с частотой 80 Гц). Курс лечения составлял 10 - 12 сеансов. У больных с постлучевым ззофагитом воздействовали на переднюю поверхность грудной клетки в области максимальной болезненности, а также 2 см выше и ниже по ходу проекции пищевода. Начинали с частоты 1 кГц, с третьего - четвертого сеанса - 80 Гц. Курс лечения составлял 6 - 8 сеансов. При лимфоррее воздействовали на подмышечную область по 5 мин. с частотой 1 кГц (8 - 12 сеансов).

У 46 из 49 больных с гнойно-некротическими процессами в послеоперационных ранах уже после нескольких первых сеансов местного воздействия дно и края раны очищались от гнойных и фибриновых наложений, ускорялись репаративные процессы. Прекращалось выделение гноя из свищевых ходов. У 6 из 18 пациентов после 3 - 5 сеансов произошло полное закрытие гнойных свищей. Только у трех больных (2 после мастэктомии и 1 после резекции языка) положительного эффекта не наступило.

Состояние 5 из 6 больных раком пищевода и

легкого существенно улучшилось после проведения 6 - 7 сеансов лазерного воздействия: исчезли боли и изжога, восстановилось прохождение пищи по пищеводу.

У 18 больных флебитом лазерное воздействие применяли после введения адриамицина и других химиопрепаратов в периферические вены. У ряда пациентов возникал флебит с уплотнением вены и гиперемией кожи над ней. Особенно тяжелые осложнения развивались при перивенозном попадании препарата. У 14 больных после 2 - 4 сеансов лазерной терапии значительно уменьшались и исчезали боли, после 7 - 8 сеансов уходила отечность тканей в месте введения препаратов, вена при пальпации становилась мягкой и безболезненной. При раннем начале лечения (через 1 - 4 дня после возникновения осложнения) ни у одного больного не развился некроз окружающих тканей. При позднем (через 1 - 2 месяца) обращении - лазерная терапия приводила к значительному уменьшению размеров и даже полному исчезновению участков перивенозного уплотнения. В 4 наблюдениях эффекта не получено: эти больные обратились за помощью через 1,5 - 3 месяца после возникновения острого флебита.

При проведении лазерной терапии для прекращения длительной лимфорреи из раны в подмышечной области после лимфаденэктомии по поводу рака молочной железы положительный эффект был получен только у 2 из 9 больных.

Таким образом, у 67 из 82 пациентов (81,7%) лазерная терапия привела к значительному улучшению состояния. Ни у одного больного после применения лазерного облучения не было отмечено каких-либо осложнений и прогрессирования онкологического процесса.

1-й МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС

"ЛАЗЕР И ЗДОРОВЬЕ '97"

10 - 17 ноября 1997,
Лимассол, Кипр



Организаторы: Фирма "ТЕХНИКА" (Москва); "Sorby Fine" (Ташкент); Центр лазерных и микроволновых технологий (Харьков), ведущие медицинские центры и институты СНГ, организации из США, Германии, Кореи, Индонезии и Кипра.

Научная программа предусматривает специальные лекции, пленарные заседания, научные доклады (устные, стендовые, видео-презентации).

Основные направления:

- исследование механизма действия лазерного излучения;

- применение лазеров в низкоинтенсивной терапии различных заболеваний;
- применение лазеров в хирургии;
- фотодинамическая терапия;
- лазерная диагностика.

Школа-семинар по лазерной медицине:

Лекции ведущих специалистов в области лазерной медицины по всем направлениям применения лазеров.

Выставка:

Научная и коммерческая выставка предусматривает участие большинства ведущих производителей аппаратуры по тематике конгресса.

Официальные языки: английский и русский с синхронным переводом.

Тезисы докладов должны быть представлены до 15 июля 1997 г.

Заявки на участие в работе конгресса (научная и учебная программа) принимаются до 15 сентября 1997 г.

Всем слушателям семинара выдаются сертификаты международного образца.

123367; Москва, а/я 33; тел.: (095) 251 2450, 250 5544, 254 6901, 254 7001; факс: (095) 254 9904, 251 2450, E-mail: gta@technica.msk.ru

ДОКТОР АРТУР КОНАН ДОЙЛЬ

Не найдется в мире человека, который не слышал бы имен Шерлока Холмса и доктора Уотсона. Не одно поколение зачитывалось захватывающими историями об их приключениях. Но не менее интересна судьба создателя этих литературных героев - врача и писателя Артура Конан Дойля.

Он родился в Эдинбурге в 1859 году. Творческая атмосфера в семье Дойлей поддерживалась увлечением живописью всех родственников по линии отца, а мать будущего писателя занималась геральдикой. Артур с детских лет увлекался историей, это дало ему умение близко чувствовать прошлое, развило фантазию и воображение.

Мальчик обожал приключенческие романы, читал их ночи напролет, а днем весьма прилежно учился. Но настоящую любовь к литературе, склонность к сочинительству внушила Артуру мать, которая была прекрасным рассказчиком. Семья Дойлей жила небогато, но когда отец покинул семью, оставив жену и детей без средств к существованию, наступила жестокая нищета. Артур к тому времени заканчивал школу. Студенческая стипендия так или иначе могла бы поддержать мать и братьев.

Выбор профессии произошел под влиянием доктора Уоллера, врача и друга семьи. Юноша поступает на медицинский факультет Эдинбургского университета, где встречается множество интересных людей, многие из которых стали прототипами героев его будущих произведений: Джордж Бадд, человек неукротимой энергии, Вильям Резерфорд - неисправимый чудак и прекрасный ученый и, наконец, доктор Джозеф Белл с его исключительной наблюдательностью, умением разгадывать прежнюю жизнь человека по внешности. Вот как он учил студентов: "Перед нами рыбак, господа! Это можно сразу заметить, если учесть, что даже в столь жаркий день наш пациент носит высокие сапоги. Кроме моряка, никто не ста-

нет в такое время года носить высокие сапоги. Загар на его лице говорит о том, что это сухопутный, прибрежный моряк, а не моряк дальнего плавания, открывающий новые земли. Загар этот явно возник в одном климате, местный загар, так сказать... За щекой у него жевательный табак, и он управляет с ним весьма уверенно. Свод всех этих умозаключений позволяет считать, что этот человек - рыбак. Далее, об этом свидетельствуют рыбы чешуйки, уцепившиеся за его одежду и налипшие ему на руки. И, наконец, специфический запах позволяет судить о его занятии с особенной определенностью". И Белл редко ошибался.

Артур был весьма старательным студентом и при этом не забывал о литературе. Каникулы предпоследнего года обучения в Университете он провел в плавании. Ему повезло, и он попал корабельным врачом на судно, отправляющееся в арктические воды. Новые горизонты открылись перед ним и необычайно вдохновили молодого человека. В 1879 году были впервые опубликованы его рассказы, а в 1881 Артур закончил университет. Но для того, чтобы получить ученую степень доктора медицины, нужна была практика и защита диссертации. В 1882 году он снова в плавании, на этот раз южном: он повидал Западную Африку.

Сменив множество мест в поисках работы, Конан Дойль, наконец, обосновался в приморском городке Саутси. У него образовалась большая практика, жители полюбили нового доктора; здесь, в Саутси, Конан Дойль защитил диссертацию, женился, здесь родился первый сын.

Дела Конан Дойля шли очень успешно, но он все чаще искал отдохновения в литературном труде. В 1887 году вышла в свет первая его повесть, "Этюды в багровых тонах", где впервые появились знаменитые Шерлок Холмс и доктор Уотсон. Интуиция врача, знание человечес-



кой психологии помогли не только безукоризненно точно вычислить путь к сердцу читателя, но и самому себе, автору, поставить правильный "диагноз". С 1891 года Конан Дойль оставляет медицину и полностью посвящает себя литературному творчеству. Его друзьями стали Р. Киплинг и Джером К. Джером. Писатель много путешествует: в эти годы он объездил всю Европу, был в США и в Египте.

1900 год - англо-бурская война. Конан Дойль снова врач. Он добровольно стал главным хирургом в полевом госпитале. Его мнение о войне и политике отражает книга воспоминаний "Война в Южной Африке; ее суть и события". В 1912 - 1913 г. г. выходят в свет научно-фантастические повести "Затерянный мир" и "Отравленный пояс". Герой этих произведений - профессор Челленджер. В нем просматривается еще один человеческий тип, неизменно интересовавший писателя - исследователь со странным, неистовым, причудливым характером.

С началом первой мировой войны писатель, которому исполнилось 55 лет, снова готов был идти добровольцем, и но его предложение было отклонено. Всю войну Дойль писал, не покладая рук, составляя летопись войны. Посетил театр военных действий. В своем старом мундире, при ордене, стал на короткий срок солдатом, сжился с армией.

Испытания военных лет пошатнули здоровье Конан Дойля. Гнетущее настроение, гибель близких людей - все это подтолкнуло писателя к

увлечению спиритизмом. Произшел возврат к художественной фантастике, в 1929 была написана повесть “Марракотова бездна”. В последние годы Конан Дойль снова путешествует, читает лекции - Австралия, Южная Африка, Норвегия.

По возвращении из Осло он был уже не в силах добираться домой без посторонней помощи. Жизнь писателя подходила к концу, в 1930 году его не стало.

Артура Конан Дойля влекли и история, и моря, не только дальние, но и вымышленные страны, а главное - романтика рядом, где-то здесь, за углом. Стремление открыть средь

бела дня некую тайну, проникнуть в необычайный мир. Увидеть то, что выходит за пределы привычного и банального течения повседневной жизни.

Кто же был Шерлоком Холмсом? Возможно, это слишком прямолинейный вопрос, но его не устают задавать все новые и новые поколения читателей книг Конан Дойля.

Литературный герой соединяет в себе множество авторских наблюдений, и последовательных, и случайных. Великий детектив унаследовал и энергию Джорджа Бадда, и чудачество Вильяма Резерфорда, и основные свойства природы Джозе-

фа Белла: волю, настойчивость, умение логически мыслить, талант насквозь видеть людей. Сам Конан Дойль однажды ответил на этот вопрос так: “Если и был Холмс, так это я сам”.

Говоря об откликах на свои произведения, Конан Дойль вспоминал, что много было писем из России. У нас ценили и ценят писателя за талант увлекательного рассказчика, за жизнелюбие и веру в человека и его разум, за силу фантазии и мастерство в построении детективного и приключенческого сюжета, за уважение к читателю, любящему занимательное чтение.



Моя первая встреча с доктором Джеймсом Винтером произошла при весьма драматических обстоятельствах. Случилось это в спальне старого загородного дома в два часа ночи. Пока доктор с помощью женщин заглушал фланелевой юбкой мои гневные вопли и купал меня в теплой ванне, я дважды лягнул его в белый жилет и сбил с носа очки в золотой оправе. Мне рассказывали, что оказавшийся при этом один из моих родителей тихонько заметил, что с легкими у меня, слава богу, все в порядке. Не могу припомнить, как выглядел в ту пору доктор Винтер: меня тогда занимало другое, но он описывает мою внешность отнюдь не лестно. Голова лохматая, тельце, как у общипанного гусенка, ноги кривые - вот что ему в ту ночь запомнилось.

С этой поры периодические вторжения в мою жизнь доктора Винтера разделяют ее на эпохи. Он делал мне прививки, вскрывал нарывы, ставил во время свинки компрессы. На горизонте моего безмятежного существования маячило единственное грозное облако - доктор. Но пришло время, когда я заболел по-настоящему: долгие месяцы провел я в своей плетеной кровати, и вот тогда я узнал, что суровое лицо доктора может быть приветливым, что скрипучие, сработанные деревенским сапожником башмаки его способны удивительно осторожно приближаться к постели и что, когда доктор разговаривает с больным ребенком, грубый голос его смягчается до шепота.

Но вот ребенок вырос и сам стал врачом, а доктор Винтер остался как был. Только побелели волосы да еще более опустились могучие плечи. Доктор очень высокий, но из-за своей сутулости кажется дюйма на два ниже. Широкая спина его столько раз склонялась над ложем больных, что и не может уже распрямиться. Сразу видно, что часто приходилось ему шагать в дождливые, ветреные дни по унылым деревенским

дорогам - такое темное, обветренное у него лицо. Издали оно кажется гладким, но вблизи видны бесчисленные морщинки - словно на прошлогоднем яблоке. Их почти незаметно, когда доктор спокоен, но стоит ему засмеяться, как лицо его становится похожим на треснутое стекло, и тогда ясно, что лет старику еще больше, чем можно дать на вид.

А сколько ему на самом деле, я так и не смог узнать. Частенько пытался я это выяснить, добирался до Георга IV и даже до регентства, но до исходной точки так никогда и не дошел. Вероятно, ум доктора стал очень рано вплывать всевозможные впечатления, но рано и перестал воспринимать что-либо новое, поэтому волнуют доктора проблемы прямо-таки допотопные, а события наших дней его совсем не занимают. Толкуя о реформе избирательной системы, он сомневается в ее разумности и неодобрительно качает головой, а однажды, разгорячившись после рюмки вина, он гневно осуждал Роберта Пиля и отмену хлебных законов. Со смертью этого государственного деятеля история Англии для доктора Винтера закончилась, и все позднейшие события он расценивает как явления незначительные.

Но только став врачом, смог я убедиться, какой совершеннейший пережиток прошлого наш доктор. Медицину он изучал по теперь уже забытой и устаревшей системе, когда юношу отдавали в обучение к хирургу и анатомии штудировали, прибегая к раскопке могил. В своем деле он еще более консервативен, чем в политике. Пятьдесят лет жизни мало что ему дали и еще меньшего лишили. Во времена его юности широко обучали делать вакцинацию, но мне кажется, в душе он всегда предпочитал прививки.

Он бы охотно применял кровопускание, да только теперь никто этого не одобряет. Хлороформ доктор считает изобретением весьма опасным и, когда о нем упоминают, недоверчиво

шелкает языком. Известно, что он нелестно отзывался даже о Леннеке и называл стетоскоп “новомодной французской игрушкой”. Из уважения к своим пациентам доктор, правда, носит в шляпе стетоскоп, но он тут на ухо, и потому не имеет никакого значения, пользуется он инструментом или нет.

По долгу службы он регулярно читает медицинский еженедельник и имеет общее представление о научных достижениях, но продолжает считать их громоздкими и смехотворными экспериментами. Он едко иронизировал над теорией распространения болезней посредством микробов и любил шутя повторять у постели больного: „Закройте дверь, не то налетят микробы”. По его мнению, теория Дарвина - самая удачная шутка нашей эпохи. „Детки в детской, а их предки в конюшне!” - кричал он и хохотал так, что на глазах выступали слезы.

Доктор настолько отстал от жизни, что иной раз, к немалому своему изумлению, он обнаруживает - поскольку в истории все повторяется - что применяет новейшие методы лечения. Так, в дни его юности было очень модно лечить диетой, и тут он превосходит своими познаниями любого другого известного мне врача. Массаж ему тоже хорошо знаком, тогда как для нашего поколения он новинка. Доктор проходил курс наук, когда применяли еще очень несовершенные инструменты и учили больше доверять собственным пальцам. У него классическая рука хирурга с развитой мускулатурой и чувствительными пальцами - „на кончике каждого - глаз”.

Вряд ли я забуду, как мы с доктором Паттерсоном оперировали сэра Джона Сирвелла. Мы не могли отыскать камень. Момент был ужасный. Карьера Паттерсона и моя висела на волоске. И тогда доктор Винтер, которого мы только из любезности пригласили присутствовать при операции, запустил в рану палец - нам с перепугу показалось, что длиной он никак не меньше девяти дюймов и в мгновение ока выудил его.

- Всегда хорошо иметь в кармашке жилета такой инструмент - посмеиваясь, сказал он тогда, - но, по-моему, вы, молодые, это презираете.

Мы избрали его президентом местного отделения Ассоциации английских медиков, но после первого же заседания он сложил с себя полномочия.

- Иметь дело с молодежью - не для меня - заявил он. - Никак не пойму, о чем они толкуют.

А между тем пациенты его благополучно выздоравливают. Прикосновение его целительно - это его магическое свойство невозможно ни объяснить, ни постигнуть, но тем не менее это очевидный факт. Одно лишь присутствие доктора наполняет больных надеждой и бодростью. Болезнь действует на него, как пыль на рачительную хозяйку: он сердится и жаждет взяться за дело.

- Ну, ну, так не пойдет! - восклицает он, впервые посещая больного. Он отгоняет смерть от постели, как случайно влетевшую в комнату курицу. Когда же незваный гость не желает удаляться, когда кровь течет все медленнее и глаза мутнеют, тогда присутствие доктора Винтера полезнее любых лекарств. Умиравшие не выпускают руку доктора; его крупная энергичная фигура и жизнелюбие вселяют в них мужество перед роковой переменной. Многие страдальцы унесли в неведомое как последнее земное впечатление доброе обветренное лицо доктора.

Когда мы с Паттерсоном - оба молодые, полные энергии современные врачи - обосновались в этом районе, старый доктор встретил нас очень сердечно, он был счастлив избавиться от некоторых пациентов. Однако сами пациенты, следуя собственным пристрастиям - отвратительная манера! - игнорировали

нас со всеми нашими новейшими инструментами и алкалоидами. И доктор продолжал лечить всю округу александрийским листом и каломелью. Мы оба любили старика, но между собой, однако, не могли удержаться, чтобы не посетовать на прискорбное отсутствие у пациентов здравого смысла.

- Бедняки-то уж понятно, - говорил Паттерсон. - Но люди образованные вправе ожидать от лечащего врача умения отличить шум в сердце при митральном пороке от хрипов в бронхах. Главное - способность врача разобраться в болезни, а не то, симпатичен он тебе или нет.

Я полностью разделял мнение Паттерсона. Но вскоре разразилась эпидемия гриппа, и от усталости мы валялись с ног.

Утром, во время обхода больных, я встретил Паттерсона, он показался мне очень бледным и изможденным. То же самое он сказал обо мне. Я и в самом деле чувствовал себя скверно и после полудня весь день пролежал на диване - голова раскалывалась от боли, и страшно ломило суставы.

К вечеру сомнений не оставалось - грипп свалил и меня. Надо было немедленно обратиться к врачу. Разумеется, прежде всего я подумал о Паттерсоне, но почему-то мне стало вдруг неприятно.

Я вспомнил, как он хладнокровно, придирчиво обследует больных, без конца задает вопросы, бесконечно берет анализы и барабанит пальцами. А мне требовалось что-то успокаивающее, более участливое.

- Миссис Хадсон, - сказал я своей домохозяйке, - сходите, пожалуйста, к старику Винтеру и скажите, что я был бы крайне ему признателен, если б он навестил меня. Вскоре она вернулась с ответом:

- Доктор Винтер, сэр, заглянет через часок, его только что вызвали к доктору Паттерсону.





Александр Моисеевич Городницкий - поэт, автор песен, один из основоположников жанра авторской песни. Но он еще и крупный ученый, доктор геолого-минералогических наук, профессор, академик Российской Академии естественных наук. Городницкий занимается океанологией, много лет провел в экспедициях на Крайнем Севере и в бескрайнем Мировом Океане.

Их тяжелая работа Важней иных работ...

- Александр Моисеевич, изменился ли за эти годы герой ваших песен?

- Естественно, он изменился. Ведь герой моих песен - это я сам. Еще бы не изменился. Во-первых, состарился, просто нет уже того романтического человека, молодого, увлеченного, развевающего розовый рот на все события вокруг - ах, подводные глубины; ах, океан! Да и проблемы любви как-то стали меньше интересоваться. Потому и песни изменились. Но остались какие-то детские и юношеские привязанности. По-прежнему, я очень люблю Крайний Север, по-прежнему очень люблю Океан и по-прежнему счастлив от того, что большая часть моей жизни была связана с экспедициями. Это - как первая любовь. Как я попытался сформулировать в одном из своих стихотворений: "Ностальгия - тоска не по дому, а тоска по себе самому". Во-вторых, произошла серьезная переоценка ценностей из-за того, что мы сейчас видим вокруг себя. Хотя сами ценности не поменялись, но их приоритеты, степень их важности для меня, конечно, стали другими. Стихи и песни все эти изменения, конечно же, отражают.

- Ваш богатый экспедиционный опыт, конечно, включает в себя соприкосновение с медициной. Расскажите об этом.

- Я провел в экспедициях около сорока лет, и первые лет семнадцать - непосредственно в поисковых партиях на Крайнем Севере. Медик в таких партиях не полагается, и там их и не было. Партия забрасывается в тайгу - Игарка, Таймыр, Красноярский край. Места там просто дикие. Начальнику партии выдается аптеч-

ка со "всем необходимым" и проводится инструктаж, как себя вести в тех или иных случаях. А дальше начальник должен решать сам. Скажем, вызывать ему экстренный санрейс или нет. Потому что, если ты вызвал его зря, то оплатишь этот вызов из своего кармана. А час полета вертолета стоил достаточно дорого. Так что сто раз подумаешь, прежде чем на это решиться. Поэтому по возможности медицинскую помощь оказывали на месте. Трагических случаев у нас, к счастью, не было, а вот трагикомические - иногда происходили. Например, у меня был работник молодой, очень жуликоватый - Слава Петров такой. Мы тогда работали под Игаркой, и он подрядился рубить просеки, необходимые для геофизической съемки. И вдруг что-то Слава день на работу не выходит, второй не выходит... И говорит: "Я болею, надо вызывать санрейс, может у меня аппендицит - живот-то справа болит!" Я был совсем молодой начальник, и хотя чувствовал, что Слава придуривается, сладить с ним не мог. А у меня был зам, Коля Тимофеев - он в прошлом служил в СМЕРШе. Колоритный такой, специфический мужик. Очень суровый. Он мне говорит - ты с Петровым неправильно разговариваешь. Давай-ка я его вылечу. Оказывается, он каким-то образом узнал, что этот Слава получил недавно телеграмму из Игарки от невесты - срочно надо жениться, вот он и засобирался. Построил Коля всех наших работников. Парень этот тоже пришел, ожидая, что его сейчас санрейсом отправят, и на всякий случай держась за живот. И тогда

Коля перед всеми людьми: "Ах ты, мать твою так - работать больной, а с бабой спать - здоровый?! А ну, марш на просеку!" И тот схватил топор и моментально выздоровел.

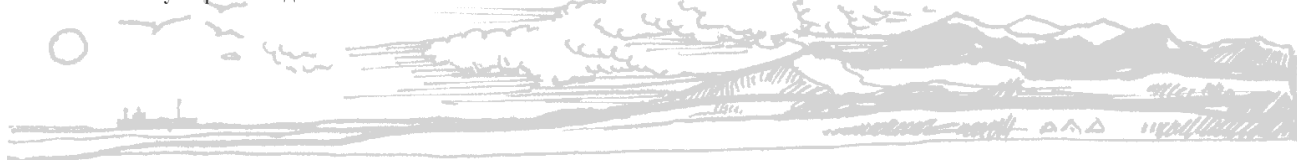
Произошел еще и такой случай, когда у человека заболел зуб, разнесло всю щеку - нужно срочно удалять. Была нелетная погода, санрейс не вызвать, и я лично получал по радиотелефону инструкцию от врача-хирурга, как надо заточить пассатижи, чтобы они стали похожи на зубо-врачебные щипцы. Мы их заточивали два часа с помощью рашпиля. После чего дали наркоз - полстакана спирта до, стакан - после, и вытащили зуб. Все прошло замечательно, врач потом просто развел руками. Более серьезных случаев не было. Ну, разве что у нас были каюры- эвенки, и их жены почему-то уверовали, что фталазол - прекрасное противозачаточное средство и весь фталазол был из аптечки просто выкраден.

Вот такая у меня была "медицинская практика" в экспедициях.

На судах же врачи были. Оказание помощи в океане - дело серьезное, часто требуется хирургическое вмешательство (травмы, аппендициты), да что угодно может случиться, и в тяжелейших условиях качки, совершенно героически, врачи эти делали операции.

Вот вспоминаю я одного доктора, майора медицинской службы Виталия Ласкавого. Надеюсь, он и сейчас жив и здоров. Мы провели с ним много ночей за интересными философскими беседами.

Дело все в том, что я многолетний ги-



пертоник, сейчас у меня гипертония 2 стадии, но и раньше давление пошаливало. А мне неоднократно приходилось погружаться на подводных аппаратах на большие глубины. Каждый раз перед погружением надо проходить медосмотр. А давление и так-то не ахти, а тут оно обязательно подскакивало. И вот как-то раз врач меряет мне давление. Высокое. Меряет еще раз - та же картина. Говорит: "Я тебя не могу выпустить. Ни под каким видом!" А аппарат уже за бортом, готов к спуску. Я выскочил из его санчасти, добежал до аппарата, влез и скомандовал срочное погружение. Поскольку я был зам. начальника экспедиции, приказ выполнили. Врач вышел на палубу, а меня и след простыл. "Где Городницкий?!" А начальник экспедиции говорит: "Уже начали погружение". "Как, я же запретил!". Но аппарат обратно поднимать не стали - он уже был на дне. А потом он успокоился и сказал: "В Аэрофлоте же не проверяют пассажиров перед посадкой в самолет, а ведь там то же самое". И отстал от меня. Нет, с медиками на борту я всегда легко договаривался, и все кончалось разговором: "Рюмку в руке держать можешь? Практически здоров".

-А сейчас как вы ощущаете себя в качестве пациента?

В качестве пациента я себя всегда ощущаю неуверенно. Никогда не забуду, как в 1969 году я попал в Сестрорецкую больницу, которая специализировалась в области проктологии. Операцию - иссечение свища по методу Д. Рыжих - мне делали под местным наркозом и довольно долго. Ты лежишь при этом на кресле, чем то похожем на гинекологическое, а хирурги, не торопясь, копаются. А в рефлекторе, к сожалению, что-то отражается. Оперировал меня замечательный доктор, вскоре после этого умерший от инфаркта, Борис Леонидович Канделис. Он видно забыл, что я в полном сознании, встал во весь рост. Фартук в крови, как у мясника. Я подумал: "Это же моя кровь!" Мне уже стало нехорошо. И вдруг он бросает инструменты и говорит: "Вот так случай! Что же делать?! Пойду-ка я покурю". И уходит. Его не было минут двадцать. Вот тут я чуть не загнулся от страха! Когда он вернулся обратно и увидел мое позеленевшее лицо, то сказал медсестре: "Машенька, обратите внимание, как эти евреи любят лечиться!" Я разозлился, и страх прошел. А операция была сделана замечательно. Так что, хоть я и чувствую себя, как пациент неуверенно, но что же делать! Иногда приходится им быть.

АТЛАНТЫ

Когда на сердце тяжесть
И холодно в груди,
К ступеням Эрмитажа
Ты в сумерки приди,
Где без питья и хлеба,
Забывшие в веках,
Атланты держат небо
На каменных руках.

Держать его махину -
Не мед со стороны.
Напряжены их спины,
Колени сведены.
Их тяжкая работа
Важней иных работ:
Из них ослабнет кто-то -
И небо упадет.

Во тьме заплачут вдовы,
Повыгорят поля,
И встанет гриб лиловый,
И кончится Земля.
А небо год от года
Держать все тяжелей,
Дрожит оно от гуда
Ракетных кораблей.

Стоят они, ребята,
Точеные тела, -
Поставлены когда-то,
А смена не пришла.
Их свет дневной не радует,
Им ночью не до сна,
Их красоту снарядами
Уродует война.

Стоят они, навеки
Уперши лбы в беду,
Не боги - люди,
Привычные к труду.
И жить еще надежде
До той поры, пока
Атланты небо держат
На каменных руках.

НА МАТЕРИК

От злой тоски не матерись, -
Сегодня ты без спирта пьян:
На материк, на материк
Идет последний караван.

Опять пурга, опять зима
Придет метелями звеня.
Уйти в бега, сойти с ума
Теперь уж поздно для меня.

Здесь невеселые дела -
Здесь дышат горы горячо,

А память давняя легла
Зеленой тушью на плечо.

Я до весны, до корабля
Не доживу когда-нибудь.
Не пухом будет мне земля,
А камнем ляжет мне на грудь.

От злой тоски не матерись, -
Сегодня ты без спирта пьян:
На материк, на материк
Ушел последний караван.

ЧИСТЫЕ ПРУДЫ

Все, что будет со мной, знаю я наперед,
Не ищу я себе провожатых.
А на Чистых прудах лебедь белый плывет,
Отвлекая вагоновожатых.

На бульварных скамейках галдит малышня,
На бульварных скамейках - разлуки.
Ты забудь про меня, ты забудь про меня,
Не заламывай тонкие руки.

Я смеюсь пузырем на осеннем дожде,
Надо мной - городское движенье.
А все круги по воде, все круги по воде
Разгоняют мое отраженье.

Все, чем стал я на этой земле знаменит, -
Темень губ твоих, горестно сжатых...
А на Чистых прудах лед коньками звенит,
Отвлекая вагоновожатых.

* * *

Сентябрь сколачивает стаи,
И первый лист звенит у ног.
Извечна истина простая:
Свободен - значит одинок.

Мечтая о свободе годы,
Не замечаем мы того,
Что нашей собственной свободы
Боимся более всего.

И на растерянные лица
(Куда нам жизни деть свои?)
Крылом спасительным ложится
Власть государства и семьи.

В углу за снятою иконой
Вся в паутине пустота.
Свободен - значит, вне закона.
Как эта истина проста!

Входная дверь гремит, как выстрел,
В моем пустеющем доме.
Так жить нам вместе, словно листьям,
А падать вниз по одному.



Дорогая редакция!

Через вашу газету благодарят обычно врачей нынешних - тех, кто помог человеку в больнице. Меня не так давно тоже выручили медики: были у меня урологические неприятности. Но как все ветераны, я хочу

вспомнить то, что было много лет назад.

В сорок первом отступали мы с боями от самого Белостока. Под Минском - очередная страшная бомбежка. Вздыбилась подо мною земля, взлетел на воздух и потерял сознание. Очнулся... нет, не гипс, как у Никулина, а смотрю, из меня кишки вывалились - осколок живот вспорол. Я уже хотел у бога прощения просить, и уходить в мир иной. Только Бог, видно, разглядел меня в этом земном аду, санитаров подослал, они меня - в полевой госпиталь. Там врач (как я потом узнал - капитан Морозов) все мои внутренности обратно уложил в живот и заштопал. "Будешь жить, сержант" - сказал. Последним санитарным поездом увезли меня в Пензу, там еще два с половиной месяца лечили.

А потом - выздоравливающая команда, запасной полк и снова на передовую. Ногу мне оттапало уже под озером Балатон, в Венгрии. К сожалению, фамилию хирурга, который со мной возился, узнать не успел или просто забыл. Помню, что молодой был, чуть старше меня, лицо у него серое от бессонницы и этого операционного конвейера.

"Мы врага разобьем малой кровью, могучим ударом" - только постепенно мы поняли каким все это было враньем. Но многого мы так и не узнаем, как не узнаем про Афганистан и Чечню. А перед теми моими врачами до сих пор готов встать на колени, увидеть бы только...

Алексей Семенович Ивлев, Щелковский район

В этом году Родильному дому Городской клинической больницы № 20 исполняется 30 лет. Хочу поздравить коллектив с юбилеем и пожелать им счастья, здоровья, всего самого лучшего. Я очень благодарна врачам, медсестрам и акушеркам этого родильного дома за их замечательную работу, за тепло и внимание, которым они окружают будущих мам. У меня хронический пиелонефрит, но благодаря профессионализму и добросовестному отношению к делу врачей и акушерок второго отделения патологии и моего лечащего врача Ирины Васильевны, мои вторые роды прошли благополучно. Большое спасибо им за это. 22 мая моей дочке исполнилось 6 месяцев, она здоровый и активный ребенок.

Анна Денисова, Москва



Услуги и исследования в области медицины

ОО фирма "МЕДИКО" - эксклюзивный представитель фирмы BioMerieux (Франция)

За информацией по поводу автоматизированных иммуноферментных анализаторов miniVIDAS и VIDAS обращаться по адресу: 123362, Москва, ул. Мещерякова, 4; тел: (095) 955 1471, 955 1473, 955 1549, 955 1349; факс: (095) 955 1670,



ЮЖНО-РОССИЙСКИЙ
ЭКСПОЦЕНТР



ПЛАН

проведения выставок по медицине на 1997 г.

3 - 6 сентября г. Сочи - "Югмедэкспо-97"

28 - 31 октября г. Кисловодск - "Югмедэкспо-97"

12 - 14 ноября г. Ростов-на-Дону - "Югмедэкспо-97"

Ассоциация городов Юга России, АО "Южно-Российский Экспоцентр", Департамент здравоохранения Администрации Ростовской области приглашает Вас принять участие в специализированных выставках по медпромышленности и здравоохранению "ЮГМЕДЭКСПО-97".

Выставки проводятся с целью обновления лечебной базы Юга России, насыщения рынка современными лекарственными препаратами, новыми разработками медицинской техники и оборудования в области диагностики и лечения заболеваний.

Устроитель: 344007, г. Ростов-на-Дону,
Выставочная фирма ул. Московская, 63, оф. 30;
"ЮЖНО-РОССИЙСКИЙ тел./факс: (8632) 622 876,
ЭКСПОЦЕНТР" 620 514.

HOSPITAL Больница

тел./факс: 465 4854

Подписка на газету проводится с любого месяца во всех отделениях связи России и республик СНГ. Индекс по каталогу "Роспечати" 32608. Газета выходит 1 раз в месяц.

Москвичей мы приглашаем в редакцию. Стоимость подписки в этом случае будет значительно меньше. Представители медицинских учреждений могут бесплатно получить в редакции газету для распространения в своем коллективе.

Газета зарегистрирована Комитетом Российской Федерации по печати
Регистрационный номер 014489. Издается с 1993 года
Учредители: Редакция газеты "Больница", Московская городская клиническая
больница им. С. П. Боткина, Московская медицинская ассоциация.

Главный редактор Г. Денисова Художник Д. Дроздецкий (Митрич) Отдел рекламы Е. Ходакова
105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, к. 204; тел./факс: (095) 465 4854

Цена
договорная

Отпечатано в АО "Красногорская типография" г. Красногорск, Коммунальный квартал, 2; тел/факс: 562 1097.
Подписано в печать 10.06.97 г. Тираж 20000 экз. Заказ № 1658