

*Медико-технологическое
предприятие
НЬЮДИАМЕД*

КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

*Научно-практический
рецензируемый журнал.
Основан в 1995 г., Москва*

Издательство «Ньюдиамед»

Директор издательства:
Буланова В.А.
Зам. директора по рекламе:
Рихард Г.С.

Адрес редакции:

115446, Москва,

Коломенский пр., 4, ГKB N 7

Кафедра гематологии и гериатрии

Тел./факс 8-499-782-31-09

E-mail: mtpndm@dol.ru

**Internet: www.zdrav.net
zdravkniga.net**

*Оригинал-макет изготовлен
издательством «Ньюдиамед»*

Зав. редакцией: Буланова В.А.

Корректор: Чайнова С.М.

Компьютерная верстка:

ООО «Электронинформ»

Установочный тираж 7000 экз.

Индекс журнала 72767

*по каталогу агентства РОСПЕЧАТЬ
«ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ»*

**Том 13
10-2007
(Октябрь)**

*При перепечатке ссылка
на журнал обязательна*

© *Издательство «Ньюдиамед»*

*При оформлении обложки
использована работа А. Дюрера*

Формат 60x90/8

Печ. листов 7. Заказ

Отпечатано в ООО «Возрождение»

*Главный редактор П.А. Воробьев
Первый зам. главного редактора М.Г. Глезер*

Редакционная коллегия:

В.Н. Анисимов зам. главного редактора
(фундаментальная геронтология),
Е.И. Асташкин,
Б.С. Брикин,
И.Н. Денисов,
Л.М. Горилловский,
Ю.В. Конев,
Л.Б. Лазебник,
А.И. Мартынов,
Е.Л. Насонов,
Н.И. Некрасова,
В.Е. Ноников,
Л.К. Обухова,
А.Д. Пальман,
В.А. Парфенов,
Д.В. Преображенский,
Т.А. Федорова,
В.В. Цурко

Редакционный совет:

Б.А. Айнабекова
Р.Ш. Бахтияров (С.-Петербург),
А.И. Воробьев (Москва),
Л.М. Белозерова (Пермь),
В.С. Гаеин (Москва),
В.Г. Герасимов (Ярославль),
Ф.И. Комаров (Москва),
Г.П. Котельников (Самара),
Х.Дж. Коэн (Дурэм, США),
В.А. Насонова (Москва),
В.Х. Хавинсон (С.-Петербург),
А.Л. Хохлов (Ярославль),
В.В. Чельцов (Москва),
А.И. Яковлев (Москва),
О.Г. Яковлев (Самара)

Издательство «НЬЮДИАМЕД», Москва, 2007

**Редколлегия журнала «КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ»
просит авторов оформлять статьи, направляемые в редакцию журнала,
в строгом соответствии с правилами.**

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

- I. Журнал «Клиническая геронтология» публикует статьи, освещающие фундаментальные вопросы биологии и патофизиологии старения, особенности течения и терапии различных заболеваний в позднем возрасте, современные методы диагностики, лечения, реабилитации, ухода, деонтологические, медико-социальные аспекты гериатрии. Это передовые и оригинальные статьи, обзоры, лекции, письма в редакцию, заметки из практики, информация о новых лекарственных препаратах, конференциях, съездах, симпозиумах, рефераты статей, опубликованных в зарубежных геронтологических журналах. Статьи построены по традиционному для мировой научной периодики плану.
- II. Статья должна быть напечатана и представлена в редакцию и (обязательно) набрана на компьютере в любом текстовом редакторе в системе Windows (перенос слов не делать).
- III. Объем статьи, включая таблицы, литературу, реферат и резюме, не должен превышать 300–350 строк шрифтом не менее 12-го кегля.
- IV. В выходных данных указывается название работы, инициалы и фамилия авторов, название учреждения, в котором выполнена работа, город. Необходимо сообщить фамилию, имя и отчество автора, с которым редакция будет иметь переписку, его адрес и телефон. Статья должна быть тщательно выверена автором, т. к. редакция не высылает корректуру.
- V. Математические и химические формулы должны быть написаны очень четко, с указанием на полях букв алфавита (русский, латинский, греческий), а также прописных и строчных букв, показателей степени, индексов, букв или цифр, когда это не ясно из текста.
- VI. Таблицы должны быть компактными, иметь название, текст статей должен содержать ссылку на таблицу. Цифры в ней не должны расходиться с цифрами в тексте. Обязательна статистическая обработка со ссылкой на рассчитываемые коэффициенты.
- VII. К статье может быть приложено минимальное количество рисунков, необходимых для понимания текста. Рисунки должны быть представлены на дискете в любом графическом редакторе и в распечатанном виде. Рисунки должны быть четкими, легко воспроизводимыми и не содержать текстовых надписей и обозначений, которые можно поместить в текст или подрисуночные подписи. В тексте статьи должна быть ссылка на каждый рисунок. Микрофотографии, фотографии и рентгенограммы должны быть размером 6×9 см и хорошего качества.
- VIII. К статье необходимо приложить список всей цитируемой литературы в алфавитном порядке. Библиографические ссылки в тексте статьи должны даваться в квадратных скобках цифрами в соответствии с пристатейным списком литературы. Список литературы должен быть составлен следующим образом: фамилия и инициалы автора, название статьи, название журнала, год, том, вып., стр. Пример: Серов В.В. Клини. геронтол. 1995; 1: 3–8.; Ringvold A., Davanger M. Brit. J. Ophthal. 1981; 65: 138–141.
- IX. Для книг и сборников точные заглавия по титульному листу, место и год издания. В список литературы не включаются неопубликованные работы (за исключением препринтов) и ссылки на учебники.
- X. К каждой статье должен быть приложен список ключевых слов (в русском и английском вариантах).
- XI. Направление в редакцию работ, которые уже посланы в другие редакции или напечатаны в них, не допускается!
- XII. Редакция журнала оставляет за собой право вносить стилистические изменения, включая названия статей, термины и определения.

Статьи следует направлять по адресу:

115446, Москва, Коломенский проезд 4, ГКБ 7. Кафедра гематологии и гериатрии
ММА им. И.М. Сеченова, редакция журнала «Клиническая геронтология»
E-mail: mtprndm@dol.ru



УДК 616 – 006.887.04

РОЛЬ Н.Н. БЛОХИНА В СТАНОВЛЕНИИ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В НАШЕЙ СТРАНЕ

РОИЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Ключевые слова: противоопухолевая терапия, Н.Н. Блохин
Key words: tumor, chemical therapy, cancer, diagnostic, N.N. Blochin

Противоопухолевая химиотерапия — один из важнейших и наиболее динамично развивающихся разделов современной онкологии. За 60 лет, прошедших с того момента, когда впервые были опубликованы данные о противоопухолевом эффекте первого препарата группы хлорэтиламинов — эмбихина [10], химиотерапия опухолевых заболеваний стала общепризнанным компонентом современной системы лечения онкологических больных.

С созданием новых противоопухолевых препаратов расширяется спектр онкологических заболеваний, при которых химиотерапия является либо основным методом лечения (гемобласты,

хориокарцинома матки), либо важнейшим компонентом комплексного лечения (злокачественные герминогенные опухоли яичка и яичников, рак яичников, молочной железы, рак легкого, колоректальный рак, детская опухоль Вилмса, остеогенная саркома и др.).

В наше время при выборе оптимальной тактики лечения практически каждого онкологического больного рассматривается возможность химиотерапии и оцениваются перспективы использования одного из сотни противоопухолевых препаратов, составляющих арсенал современных противоопухолевых средств. Ведущим научным учреждением нашей страны, разраба-

тывающим проблемы противоопухолевой химиотерапии, начиная с 50-х годов XX века, является Российский онкологический центр им. Н.Н. Блохина РАМН (ранее последовательно Институт экспериментальной патологии и терапии рака АМН СССР, Институт экспериментальной и клинической онкологии АМН СССР, Всесоюзный онкологический центр АМН СССР).

Этим исторически сложившимся положением мы обязаны, прежде всего, первому директору Центра — академику Н.Н. Блохину.

Начиная с 1952 г., когда Николай Николаевич Блохин возглавил вновь созданный Институт экспериментальной патологии и терапии рака АМН СССР, он уделял особое внимание проблеме химиотерапии опухолевых заболеваний.

Эта совсем молодая в то время отрасль онкологии неоднозначно воспринималась большинством онкологов-клиницистов. Малое число противоопухолевых препаратов (первые хлорэтиламины и антифолаты), узкий спектр их противоопухолевой активности (некоторые гемобласты), при выраженной токсичности были основанием для скептического отношения большинства онкологов к противоопухолевой химиотерапии.

К этому моменту основоположником отечественной химиотерапии Л.Ф. Ларионовым в Ленинграде были начаты первые исследования по экспериментальной химиотерапии и, в содружестве с ленинградскими химиками, был создан первый отечественный цитостатик — новоэмбихин [2].

Н.Н. Блохин — великолепный клиницист и талантливый организатор — сумел оценить перспективы нового направления в медицине. Блестящий хирург, он как никто другой понимал необходимость дополнения местных методов воздействия на опухоль системной терапией. Пригласив во вновь организованный институт Л.Ф. Ларионова, Николай Николаевич организовал для него крупный отдел экспериментальной химиотерапии, а также создал отдел химии под руководством А.Я. Берлина и лабораторию экспериментальной гормонотерапии, которую возглавил Н.И. Лазарев. Противоопухолевая химиотерапия стала ведущим направлением исследований ИЭПиТР.

В небольшом тогда клиническом отделе института Н.Н. Блохин лично руководил изучением новых противоопухолевых препаратов, в том числе — новых препаратов, созданных в лаборатории Л.Ф. Ларионова. Среди этих препаратов, которые Л.Ф. Ларионов рассматривал как алкилирующие метаболиты, были сарколизин и

допан. И если допан (4-метил-5[(ди(2-хлорэтил)-амино]-урацил) оказался препаратом, обладающим типичным для хлорэтиламинов спектром противоопухолевой активности (лимфомы, в первую очередь лимфогранулематоз), то сарколизин (DL- α -амино β (п-ди(2-хлорэтил)-аминофенил) пропионовой кислоты хлоргидрат) оказался активным при злокачественных опухолях яичка.

Выраженный клинический эффект — стойкая полная регрессия метастазов семиномы — был впервые в истории медицины получен именно в клинике ИЭПиТР. Сообщения об этом в 1956 г. на сессии АМН СССР (доклад Н.Н. Блохина) и на международных конференциях в Осло (1956) и в Лондоне (1957) были первыми сведениями о чувствительности герминогенных опухолей яичка к цитостатикам [4,11]. Была показана наибольшая среди всех герминогенных опухолей яичка чувствительность к сарколизину именно семиномы, при меньшей по сравнению с этим чувствительности смешанных опухолей яичка, содержащих элементы семиномы [8].

Дальнейшие наблюдения подтвердили стойкое излечение нескольких больных с метастазами семиномы, впервые продемонстрировав возможность полного излечения с помощью химиотерапии больных с диссеминированной солидной (негематологической) опухолью.

В наше время результаты терапии герминогенных опухолей яичка с использованием комбинированной химиотерапии, при которой излечивается в европейских странах 91% больных, составляют предмет гордости современной химиотерапии. Следует отметить, что информативность основного опухолевого маркера при опухолях яичка — α -фетопротеина — была также показана в исследованиях нашего института, правда, значительно позже (Г.И. Абелев, Н.И. Переводчикова, И.В. Ассекритова, Н.А. Кравевский и др., 1969—72) [1,9].

Под руководством Н.Н. Блохина изучались новые в то время препараты тиофосфамид, 5-фторурацил и первый пероральный фторпиримидинфторафур.

Фторафур (тегафур), представляющий собой N'-(2-фуранидил-5-фторурацил) и обладающий противоопухолевой активностью при раке молочной железы, колоректальном раке и раке яичников, был создан в 1968 г. в Институте органического синтеза Латвийской АН под руководством С.А. Гиллера. Этот препарат активно изучался практически параллельно отечественными и японскими специалистами и позже был

использован в Японии при создании препаратов UFT и S-1.

С ростом института, к тому времени получившего название Института экспериментальной и клинической онкологии АМН СССР, в 1960 г. было создано специализированное отделение химиотерапии, которое возглавил проф. В.И. Астрахан — опытный клиницист-хирург, увлекшийся проблемой химиотерапии опухолевых заболеваний и проработавший несколько лет в лаборатории Л.Ф. Ларионова. К этому времени химиотерапия опухолевых заболеваний, активно формировавшаяся в странах с развитой фармацевтической промышленностью, в первую очередь — в США и Англии, насчитывала в своем арсенале ряд антимиетоболитов (метотрексат, 6-меркаптопурин, 5-фторурацил), новые хлорэтиламины (эндоксан или циклофосфан), первые противоопухолевые антибиотики — актиномицины С и D.

Отделение химиотерапии ИЭКО АМН СССР стало центром клинических испытаний как отечественных, так и зарубежных препаратов. Появилась необходимость в разработке методики клинических испытаний. Это направление активно разрабатывали В.И. Астрахан и его ученики [2]. Своевременная разработка методики испытаний противоопухолевых препаратов и возможность объективной оценки их эффективности оказались чрезвычайно важными для успешного развития химиотерапии опухолевых заболеваний в нашей стране, обеспечив в дальнейшем возможность интеграции отечественных исследований в международную систему клинических испытаний.

При непосредственном участии Н.Н. Блохина развивалось сотрудничество с ведущими научно-исследовательскими учреждениями нашей страны, занимающимися созданием новых противоопухолевых препаратов. Этому сотрудничеству способствовал авторитет, высокий научный потенциал и личное обаяние Н.Н. Блохина — президента Академии медицинских наук СССР.

В последние годы жизни Л.Ф. Ларионова, скончавшегося в 1973 г., интересы его школы были сосредоточены в основном на изучении противоопухолевых свойств пептидов сарколизина. В сотрудничестве с химиками школы И.Л. Кнуньянца и другими химиками были созданы и изучены пептиды сарколизина и ряда аминокислот — валина (препарат асалин, активный при миеломной болезни), лейцина (асалей), тирозина (астирон), метионина (асамет) и др.

Во Всесоюзном научно-исследовательском институте им. Орджоникидзе под руководством В.А. Чернова был создан ряд оригинальных алкилирующих препаратов (проспидин, спиро-бромин, дипин и др.), изучавшихся в отделении химиотерапии ИЭКО АМН СССР. В институте химической физики АН СССР под руководством Н.М. Эммануэля и Е.М. Вермеля исследовались ингибиторы радикальных реакций и производные нитрозомочевины, также изучавшиеся в отделении химиотерапии ИЭКО АМН СССР.

Исследования по поиску новых противоопухолевых антибиотиков, начатые в ИЭКО АМН СССР М.М. Маевским, сосредоточились в Институте новых антибиотиков АМН СССР, где по руководством Г.Ф. Гаузе были получены оливомицин, блеомицетин, карминомицин, клинические испытания которых также осуществлялись в ИЭКО АМН СССР.

Развитие исследований по химиотерапии опухолевых заболеваний и появление новых перспектив в лечении гемобластозов требовало интенсификации работ в области онкогематологии. В 1965 г. в ИЭКО АМН СССР было организовано гематологическое отделение, которое возглавил Ю.И. Лорие.

В гинекологическом отделении под руководством Л.А. Новиковой начались исследования по химиотерапии трофобластической болезни. Впервые в нашей стране была показана высокая излечимость хориокарциномы матки с возможностью полного восстановления детородной функции даже у больных в поздней стадии заболевания.

Международный авторитет и влияние Н.Н. Блохина, активно участвовавшего в работе ряда международных организаций, в частности — в работе Международного противоракового союза (Unio Internationalis Contra Cancrum, UICC), президентом которого он был в 1962—1966 гг., содействовали развитию связей отечественных химиотерапевтов с зарубежными коллегами, что, безусловно, положительно влияло на уровень исследований в этой области. Характерно, что на конгрессе UICC во Флоренции (1974) доклад Н.Н. Блохина был посвящен проблемам клинического значения комбинированной химиотерапии солидных опухолей.

Высокообразованный, интеллигентный человек с широкими взглядами и умением видеть перспективы, Н.Н. Блохин всемерно поддерживал международное сотрудничество в области онкологии.

Начиная с 1973 г., на основе международного сотрудничества СССР и США в области ме-

дицины был организован обмен и совместное изучение цитостатиков с Национальным институтом рака США и рядом других ведущих научно-исследовательских институтов США. Обмен специалистами, работа по усовершенствованию методик предклинических и клинических испытаний, проведение клинических исследований по единым протоколам позволили повысить качество исследований.

В 1977 г. под редакцией Н.Н. Блохина и Ч. Зуброда вышла в свет совместная советско-американская монография «Система создания противоопухолевых препаратов в СССР и США» [7].

В этой работе участвовали сотрудники не только отделения химиотерапии, но и других подразделений Института, в том числе организованный в 1968 г. на базе отделения кооперированных методов исследования Всесоюзный химиотерапевтический центр, проводивший кооперированные исследования по испытанию новых препаратов, а также ряд онкологических центров страны: ГОИ им. П.А. Герцена, Ленинградский институт онкологии им. Н.Н. Петрова.

В 1980-е гг. в практику входят производные платины, препараты широкого спектра действия, наравне с антрациклинами составляющие основу арсенала современной противоопухолевой химиотерапии. В эти годы продолжают интенсивно изучаться режимы комбинированной химиотерапии опухолей яичка, рака молочной железы, рака яичников, мелкоклеточного рака легкого и ряда других опухолей. В частности, терапевтические режимы для мелкоклеточного рака легкого разрабатываются в сотрудничестве с американскими специалистами, причем в исследованиях сотрудников отделения химиотерапии ОНЦ впервые показана целесообразность сочетания химиотерапии и лучевой терапии, что ныне является признанным стандартом лечения мелкоклеточного рака легкого [3].

Разработанные режимы позволяют добиться 5% безрецидивной 5-летней выживаемости у больных с местно-распространенным иноперабельным мелкоклеточным раком легкого.

В детском отделении, позднее — Институте детской онкологии, разрабатываются режимы комбинированной химиотерапии опухоли Вилмса, нейробластомы, рабдомиосаркомы, костных опухолей.

Возможности химиотерапии этого времени представлены в монографии Н.Н. Блохина и Н.И. Переводчиковой «Химиотерапия опухолевых заболеваний» (Медицина, 1984) [4].

Как показало время, принципиальное значение имел интерес Н.Н. Блохина к проблемам экспериментальной онкологии и в частности к проблемам канцерогенеза. Организация в системе Онкологического центра Института канцерогенеза и поддержка школ крупнейших ученых — Л.М. Шабада, Л.А. Зильбера, Н.П. Мазуренко, Ю.М. Васильева, Г.И. Абелева — позволили отечественной онкологии занять достойное место в современной фундаментальной онкологической науке. Н.Н. Блохин не застал тех изменений, которые произошли в современной химиотерапии на грани XX и XXI веков — первые таргетные препараты, созданные на основе сведений о механизмах канцерогенеза, появились уже после его смерти — но то значение, которое он придавал проблемам фундаментальной онкологии, еще раз подтверждает его способность видеть перспективу и умение сосредоточить усилия в наиболее актуальном направлении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абелев Г.И., Перова С.Д., Храмова Н.И., Татарinov Ю.С., Переводчикова Н.И., Краевский Н.А., Ассекритова И.В. Явления синтеза и секреции в кровь млекопитающих к возникшим у них опухолям гепатоцеллюлярного происхождения и тератобластомами с элементами эмбрионального рака α -фетопротеина — специфического белка сыворотки крови эмбриона. Диплом на открытие № 90, 1971.
2. Астрахан В.И. Основные вопросы методики клинического изучения новых противоопухолевых препаратов. Вестн. АМН СССР 1966; 4: 85.
3. Ауссекар Б.В. Сравнительная оценка комбинированной химиотерапии и химиолучевой терапии мелкоклеточного рака легкого. В кн.: «Современные возможности химиотерапии злокачественных новообразований». Вильнюс; 1984: 30-31.
4. Блохин Н.Н., Переводчикова Н.И. Химиотерапия опухолевых заболеваний. М.: Медицина; 1984.
5. Блохин Н.Н. Наш опыт химиотерапии злокачественных опухолей. Вопр. онкологии 1959; 3: 299-305.
6. Ларионов Л.Ф. Химиотерапия злокачественных опухолей. М.: Медгиз; 1962.
7. Система создания противоопухолевых препаратов в СССР и США. Под ред. Н.Н. Блохина и Ч.Г. Зуброда. М.: Медицина; 1977.
8. Чеботарева Л.И. Опыт лечения семинома яичка и их метастазов сарколизином. Вопр. онкологии 1956; 3: 323-328.
9. Abelev G.I., Assekritova I.V., Kraevskiy N.A., Perova S.D., Perevodchikova N.I. Embryonal serum α -globulin in cancer patients: diagnostic value. Int. J. Cancer 1967; 2: 551-558.
10. Gilman A., Philips F.S. The biological actions and therapeutic applications of the β -chloroethylamines and sulfides. Science 1946; 103: 409.
11. Perevodchikova N.I. Some results of the clinical use of sarcosine. Acta UICC 1957; 13: 3: 457-461.

Поступила 20.07.2007

УДК 616.006:18

ФЕНОТИП ОПУХОЛИ В ДИНАМИКЕ ЕЕ ПРОГРЕССИИ ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ И ПОСТМЕНОПАУЗЕ

И.И. Антонеева

Ульяновский государственный университет

Обследовано 340 больных раком яичников, тела и шейки матки, находящихся в репродуктивном периоде и в постменопаузе, у которых в ткани яичника определяли активность митохондриальных ферментов и системы перекисное окисление липидов—антиоксидант. Установлено, что изменения фенотипа опухоли в репродуктивном периоде и в постменопаузе неоднозначны.

Ключевые слова: рак яичников, митохондриальные ферменты, система перекисное окисление липидов—антиоксиданты, репродуктивный период, постменопауза.

Key words: ovary cancer, mitochondrial enzyme, system LPO-antioxidant, reproductive period, menopause.

Период постменопаузы характеризуется общими инволюционными процессами в организме, на фоне которых происходят возрастные изменения в репродуктивной системе [3,9,11]. Наблюдается почти тотальная дегенерация яичников [5]. Однако обнаруженные изменения секреции половых стероидных гормонов у здоровых женщин в постменопаузе свидетельствуют о продолжающейся функциональной активности яичников, но на более низком уровне. При этом наблюдается стероидная активность их эпителиального компонента. Возрастные морфофункциональные изменения не могут не влиять на возникновение и развитие неопластических процессов в железе. Особенности метаболизма кислорода в стареющих яичниках в процессе развития в них неоплазмы представляют определенный интерес, поскольку в конечном счете определяют стабильность генома и та-

кие процессы в железе, как апоптоз и ангиогенез [7,12,13].

Целью настоящего исследования было оценить метаболизм кислорода в опухолевой ткани на различных клинических стадиях рака яичников в репродуктивном периоде и в постменопаузе.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Опухолевая ткань для исследования была получена у 281 больной первичным раком яичников, находившихся в I–IV стадии заболевания (по FIGO). Диагноз рак яичников у всех больных подтвержден морфологически. Обследуемые были разделены на две группы: больные репродуктивного возраста — средний возраст $41,8 \pm 2,3$ года и больные в постменопаузе — средний возраст $63,7 \pm 1,2$ года. В группе госпитального контроля (для исследования ткани внешне не измененного яичника) было 46 пациен-

ток (18 – в репродуктивном возрасте; 28 – в постменопаузе), оперировавшихся в том же отделении по поводу рака тела и шейки матки (активный контроль), и 13 пациенток (6 – в репродуктивном возрасте, 7 – в постменопаузе), оперировавшихся по поводу миомы матки.

В гомогенате определяли активность сукцинатдегидрогеназы по Slater [15], цитохромоксидазы по Vernon [8], перекисное окисление липидов оценивали по концентрации малонового диальдегида в тесте с тиобарбитуровой кислотой [6], активность каталазы [1], глутатионредуктазы по В.С. Асатиани [2], супероксиддисмутазы (СОД) по Nishikimi и соавт. [14].

Статистическую обработку данных проводили с использованием t-критерия Стьюдента. Различия средних значений в группах считались достоверными при $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Среди мембраносвязанных ферментов митохондрий сукцинатдегидрогеназа и цитохромоксидаза занимают одно из ключевых мест. Сукцинатдегидрогеназа катализирует окисление сукцината в цикле Кребса, действуя в реакции как акцептор водорода. В переносе электронов от органических субстратов к молекулярному кислороду принимают участие цитохромы. Последний цитохром в цепи, реагирующий с кислородом, – цитохромоксидаза – прочно связана с митохондриальной мембраной.

К сожалению, мы не обнаружили в доступной литературе данных об активности сукцинатдегидрогеназы и цитохромоксидазы в ткани

эпителиальных злокачественных опухолей яичника у человека.

Данные изучения их активности в ткани яичников приведены в табл. 1, 2. Так называемую «активную норму», т. е. активность ферментов дыхания в немалигнизированных органах в организме, находящемся в состоянии ракового стресса, определяли по активности сукцинатдегидрогеназы и цитохромоксидазы в ткани внешне нормальных яичников у больных раком тела матки на разных стадиях заболевания, находящихся в репродуктивном периоде и в постменопаузе.

Как следует из табл. 1, активность ферментов в ткани внешне нормального яичника в репродуктивном периоде у больных раком тела матки достоверно не отличается от таковой у больных с миомой матки.

Несколько иная картина имеет место у больных в постменопаузе. В ткани яичников больных раком тела матки I и II стадии имеет место статистически недостоверное, но достаточно выраженное снижение активности ферментов. У больных в III стадии активность сукцинатдегидрогеназы и цитохромоксидазы статистически достоверно ниже таковой у больных с миомой матки. Это согласуется с положением о том, что в организме – носителе злокачественной опухоли изменен обмен веществ не только в самой опухоли, но и в непораженных органах и тканях [16,17]. Кроме того, активность сукцинатдегидрогеназы и цитохромоксидазы в ткани внешне нормальных яичников как у больных с миомой

Таблица 1

Активность сукцинатдегидрогеназы и цитохромоксидазы в ткани внешне нормального яичника у больных раком тела матки

Фермент	Миома матки n = 6	Рак тела матки, стадия		
		I n = 6	II n = 5	III n = 7
Репродуктивный период				
СДГ	26,1 ± 2,13	25,9 ± 3,09 p > 0,5	26,2 ± 1,62 p > 0,5	27,0 ± 3,11 p > 0,5
ЦХО	334,4 ± 11,83	330,08 ± 3,72 p > 0,5	336,8 ± 2,13 p > 0,5	340,8 ± 4,19 p > 0,5
Постменопауза				
СДГ	20,0 ± 1,01	18,4 ± 1,32 p > 0,5	17,2 ± 0,97 p > 0,5	16,5 ± 1,41 p < 0,05
ЦХО	293,6 ± 13,66	280,8 ± 4,91 p > 0,5	271,6 ± 3,19 p < 0,05	270,5 ± 2,11 p < 0,05

Примечание. В табл. 1 и 2 СДГ – сукцинатдегидрогеназа, ЦХО – цитохромоксидаза.

Активность сукцинатдегидрогеназы и цитохромоксидазы в опухолевой ткани у больных эпителиальным раком яичников

Фермент	Клиническая стадия			
	I	II	III	IV
Репродуктивный период				
СДГ	21,4 ± 1,32* n = 9	19,7 ± 0,93* n = 5	18,1 ± 1,28* n = 36	18,4 ± 0,89* n = 8
ЦХО	290,7 ± 9,84 n = 9	271,6 ± 12,9 n = 5	267,5 ± 7,48 n = 36	264,4 ± 8,16 n = 8
Постменопауза				
СДГ	17,8 ± 1,21 n = 20	15,4 ± 0,97* n = 5	11,3 ± 1,32* n = 33	11,1 ± 0,48* n = 14
ЦХО	271,4 ± 12,9 n = 20	260,5 ± 9,32* n = 5	238,8 ± 10,40* n = 33	240,5 ± 12,36* n = 14

Примечание. * – Данные, достоверно отличающиеся от показателей в ткани внешне нормальных яичников.

матки, так и у больных раком тела матки в постменопаузе статистически достоверно и существенно ниже таковой у больных репродуктивного возраста.

Анализ данных в табл. 1 и 2 показывает, что активность мембраносвязанных митохондриальных ферментов сукцинатдегидрогеназы и цитохромоксидазы в опухолевой ткани больных раком яичников как в репродуктивном периоде, так и в менопаузе, на всех клинических стадиях заболевания существенно и в основном достоверно снижена по сравнению с таковой в ткани внешне нормального яичника у больных как миомой матки, так и раком тела матки («активная норма»).

В целом это укладывается в существующие представления о том, что углеводный обмен опухолевой клетки, поставляющий энергию для повышенного белкового синтеза, характеризуется усилением гликолиза на фоне ослабленного дыхания.

Снижение активности указанных ферментов в постменопаузе по сравнению с репродуктивным периодом является логичным в свете представления о том, что митохондрии служат «наиболее уязвимым и основным стартовым» звеном в старении клетки [16].

Одной из фундаментальных теорий старения является свободнорадикальная теория, выдвинутая практически одновременно Харманом (1956) и Эммануэлем (1958), которая объясняет не только механизм старения, но и широкий круг связанных с ним патологических процессов, в частности рак. Согласно этой теории,

клеточные макромолекулы (ДНК, белки, липиды) повреждаются продуктами свободнорадикальных реакций, в частности радикалами кислорода, образующимися в процессе клеточного метаболизма. Для нормального функционирования организма необходимо поддерживать свободнорадикальные реакции на каком-то определенном стационарном уровне. В клетке присутствуют природные антиоксиданты, регулирующие активность радикалов и соответственно интенсивность реакций их образования – это антиокислительная активность тканей.

Предполагается, что в здоровом организме уменьшение количества ингибиторов и соответственное увеличение концентрации свободных радикалов тормозят размножение клеток, а увеличение количества ингибиторов и соответственное уменьшение концентрации свободных радикалов – ускоряют его [4].

Нами установлено (табл. 3), что перекисное окисление липидов у больных раком тела матки (активная норма) по сравнению со здоровыми женщинами достоверно повышено в репродуктивном периоде и достоверно снижено в постменопаузе.

Показатели ферментного звена антиоксидантной системы во внешне не измененной ткани яичников организма-опухоленосителя снижены по сравнению с аналогичными показателями у здоровых женщин как в репродуктивном периоде, так и в постменопаузе. Таким образом, если в постменопаузе полученные данные позволяют говорить о переходе на другой уровень авторегуляции свободнорадикального механизма,

то разнонаправленные изменения показателей системы перекисления липидов – антиоксиданты в репродуктивном периоде дают основания предполагать разобщение этого механизма, следствием чего может быть невозможность его регуляторного функционирования. Несостоятельность антиоксидантной защиты может быть пусковым механизмом различных метаболических нарушений в виде тяжелого токсикоза. Последний способствует ускорению роста и метастазированию опухоли.

Данные исследования показателей системы перекисления липидов – антиоксиданты в опухолевой ткани больных раком яичников представлены в табл. 4.

Из представленных данных следует, что изменение как уровня малонового диальдегида, так и активности ферментов антиоксидантной защиты при прогрессии опухоли имеет волнообразный характер без статистически значимых различий в репродуктивном периоде и в постменопаузе.

Таблица 3

Показатели системы перекисления липидов–антиоксиданты в ткани внешне не измененных яичников в репродуктивном периоде и в постменопаузе

Ферменты	Миома матки n = 6	Рак тела матки, стадия		
		I, n = 6	II, n = 5	III, n = 7
Репродуктивный период				
МДА мкмоль/г	421,90 ± 18,48	511,40 ± 26,09*	507,60 ± 14,40*	480,80 ± 92,70
Каталаза ммоль/с·г	22,47 ± 1,47	19,81 ± 1,19	18,09 ± 0,98*	18,24 ± 1,21
ГР мкмоль/с·г	29,64 ± 0,28	26,41 ± 1,18*	23,28 ± 1,01*	21,64 ± 0,84*
СОД, усл. ед	122,63 ± 0,97	103,54 ± 1,13	91,28 ± 0,61	87,63 ± 0,90
Постменопауза				
МДА мкмоль/г	615,00 ± 29,21	601,80 ± 49,32	597,20 ± 13,12*	581,40 ± 17,42*
Каталаза ммоль/с·г	20,71 ± 2,14	18,41 ± 2,31	17,22 ± 1,18*	16,48 ± 3,24*
ГР мкмоль/с·г	26,81 ± 2,21	23,12 ± 0,86	21,84 ± 0,97 *	19,46 ± 1,24*
СОД, усл. ед	91,86 ± 0,64	82,50 ± 0,72	77,90 ± 0,47	72,69 ± 0,82

Примечание. * – Данные, достоверно отличающиеся от таковых у больных с миомой матки. В табл. 3, 4 МДА – малоновый диальдегид. ГР – глутатионредуктаза. СОД – супероксиддисмутаза.

Таблица 4

Показатели системы перекисления липидов–антиоксиданты в опухолевой ткани при раке яичников

Ферменты	Рак яичников, стадия			
	I стадия	II стадия	III стадия	IV стадия
Репродуктивный период				
ГР, мкмоль/с·г	21,68 ± 0,97* n = 11	29,40 ± 1,04" ^ n = 9	32,84 ± 0,62*" ^ n = 36	21,43 ± 0,92* ^ n = 10
Каталаза, ммоль/с·г	21,19 ± 1,23 n = 11	23,43 ± 1,12 n = 9	26,19 ± 0,94*" ^ n = 36	16,21 ± 0,69* ^ n = 10
СОД, усл. ед.	110,93 ± 1,14*" ^ n = 13	92,92 ± 0,73* ^ n = 5	136,67 ± 1,02*" ^ n = 33	105,79 ± 0,73* ^ n = 7
МДА, мкмоль/г	493,07 ± 6,41*	642,34 ± 1,33* "	703,25 ± 1,15*" "	340,81 ± 1,27*
Постменопауза				
ГР, мкмоль/с·г	24,11 ± 0,70 n = 7	27,34 ± 1,20" ^ n = 8	31,60 ± 1,01*" ^ n = 9	18,46 ± 0,71* ^ n = 11
Каталаза, ммоль/с·г	19,41 ± 0,98 n = 12	21,72 ± 0,76" n = 8	25,53 ± 0,89*" ^ n = 8	15,91 ± 2,19* ^ n = 8
СОД, усл. ед.	100,41 ± 0,71*" ^ n = 7	83,10 ± 1,01*" ^ n = 8	119,13 ± 1,10*" ^ n = 9	104,24 ± 0,52* ^ n = 11
МДА, мкмоль/г	590,21 ± 3,19	630,48 ± 6,14"	693,24 ± 3,62*" "	319,41 ± 19,40*

Примечание. * – Данные, достоверно отличающиеся от таковых при миоме матки; " – данные, достоверно отличающиеся от таковых при раке тела матки; ^ – данные, достоверно отличающиеся от таковых на предыдущей клинической стадии.

Полученные данные согласуются с данными литературы, согласно которым при прогрессии опухоли возникают и отбираются опухолевые клетки с высокой антиоксидантной активностью.

Усиление антиоксидантной активности злокачественных вариантов опухолевых клеток положительно коррелирует с высокой опухолевой активностью.

Таким образом, антиоксидантную активность опухолевых клеток при прогрессии рака яичников можно, видимо, рассматривать как один из возможных механизмов защиты опухоли от макрофагов, нейтрофилов и естественных киллеров.

ВЫВОДЫ

1. В динамике опухолевой прогрессии при раке яичников происходят изменения фенотипа опухоли, неоднозначные в репродуктивном периоде и в постменопаузе.

2. Активность митохондриальных мембраносвязанных ферментов в ткани внешне нормальных яичников в постменопаузе достоверно ниже, чем в репродуктивном периоде. Данная зависимость сохраняется и в опухолевой ткани при раке яичников.

3. В репродуктивном периоде имеет место несостоятельность антиоксидантной защиты, способствующая ускорению роста и метастазированию опухоли.

4. В процессе опухолевой прогрессии при раке яичников как в репродуктивном периоде, так и в постменопаузе наблюдается волнообразное

изменение активности системы перекисления липидов – антиоксиданты, при этом перекисление липидов достоверно выше в постменопаузе, а активность антиоксидантных ферментов максимальная в III клинической стадии (по FIGO).

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Л.И., Кожемякин Л.А., Кишкун А.А. Лаб. дело. 1988; 11; 86-89.
2. Асатиани В.С. Ферментные методы анализа. М.: Медицина; 1969. 740.
3. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. Л.: Медицина; 1989. 464.
4. Бурлакова Е.Б. Физико-химические основы авторегуляции в клетках. М.: Наука; 1968. 15-25.
5. Головатюк Н.Н. Миелоархитектоника и природа проводников нервов яичника. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ярославль; 1978.
6. Карпищенко А.И. Медицинские лабораторные технологии и диагностика. СПб, 1999. 27-28.
7. Лю Б.И. Успехи совр. биол. 2001; 5; 488-501.
8. Овезмурадова Э.С. Здоровоохран. Туркменистана. 1966; 4; 26-27.
9. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Асратова И.М. и др. Харьков. мед. журн. 1997; 1; 29-32.
10. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Умаханова М.М. и др. Проблемы эндокринологии в акушерстве и гинекологии. Матер. 2-го съезда Рос. ассоц. акуш. гинекол. 1997. 271-272.
11. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. СПб; 1995. 206.
12. Turrell R.M., Basu-Modak S. Methods Enzymol. 1994; 234; 224-235.
13. Якубовская Р.И. Рос. онкол. журн. 2000; 6; 42-49.
14. Nishikimi M., Appa N., Yagi K. Biochem. Biophys. Res. Commun. 1972; 46; 849-854.
15. Slater T.F. Nature (London). 1966; 209; 36-40.
16. Weinhouse S. Biochem. J. 1972; 28; 345-351.

Поступила 30.07.2007

ВНИМАНИЕ!!!

Новая книга!

СТАНДАРТИЗАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.

Лекции

Архив журнала

«Проблемы стандартизации в здравоохранении»

1999–2005 гг.

ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У ПОЖИЛЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ОДЫШКОЙ

И.М. Шестопалова, Э.С. Сибатулина

РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

У онкологических больных среднего и пожилого возраста, страдающих одышкой, изучена взаимосвязь показателей внутрисердечной гемодинамики и функции внешнего дыхания с толерантностью к физической нагрузке, снижение которой достоверно связано со снижением систолической и диастолической функции левого желудочка. Выявленные закономерности сниженной переносимости физической нагрузки у этих больных позволяют рекомендовать тест 6-минутной ходьбы для контроля их функционального состояния и определения эффективности лечения.

Ключевые слова: онкологический больной, толерантность к физической нагрузке, пожилой возраст, одышка
Key words: aged, oncology patients

По мере увеличения продолжительности жизни человека повышается вероятность одновременного развития заболеваний ряда органов и систем. Поли- или мультиморбидность (наличие нескольких заболеваний у одного больного) — одна из многих проблем гериатрической практики. Взаимное влияние болезней, инволютивные процессы естественного старения значительно изменяют клиническую картину и течение заболеваний, характер и тяжесть осложнений, ухудшают качество жизни больного, ограничивают или затрудняют лечебно-диагностический процесс. Одной из причин полиморбидности можно считать группу заболеваний, объединенных одним симптомом, таким как одышка. Часто у лиц пожилого возраста, которым планируется различное лечение злокачественных новообразований, имеются сопутствующие заболевания кардиореспираторной системы, сопровождающиеся одышкой. Даже при нормальной систолической функции левого желудочка у этих больных появляются одышка и слабость при

физической нагрузке, нарастают признаки сердечной недостаточности [1–4]. С другой стороны, для пожилых характерны изменения функции внешнего дыхания, следствием которых также могут быть одышка, усталость при обычной физической нагрузке.

Что же в большей степени влияет на переносимость физической нагрузки пожилыми — нарушение функции левого желудочка или изменения функции внешнего дыхания? Попытка ответить на этот вопрос и стала основой настоящего исследования. Цель — изучить взаимосвязь показателей внутрисердечной гемодинамики и параметров внешнего дыхания с толерантностью к физической нагрузке у онкологических больных старшей возрастной группы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 101 человек (86 мужчины и 15 женщин) в возрасте от 45 лет до 83 лет и разделены на 2 группы: 1-я группа — пациенты 60 лет и старше ($n = 67$) и 2-я группа — среднего возраста 45–59 лет ($n = 34$) (табл. 1).

Таблица 1
Онкологические заболевания у больных

Диагноз	Группа	
	2-я, n = 34	1-я, n = 67
Опухоль легких	22	33
Рак пищевода	5	12
Рак толстой кишки	—	20
Рак почки	—	2
Рак желудка	4	—
Опухоль средостения	3	—

Таблица 2
Этиология одышки у онкологических больных

Причина	2-я группа, n = 34, %	1-я группа, n = 67, %
ИБС* + ДН**	21 (61,71)	40 (59,74)
ИБС + ХСН*** I ФК	29 (85,36)	49 (73,12)
II ФК	5 (14,64)	16 (23,83)
III ФК	—	2 (3,05)

Примечание. ИБС* – ишемическая болезнь сердца, ДН** – дыхательная недостаточность; ХСН*** – хроническая сердечная недостаточность.

Общей жалобой пациентов была одышка в связи с сердечной и (или) дыхательной недостаточностью (табл. 2).

Всем больным проводили нагрузочный тест с 6-минутной ходьбой (6МТХ) и исследовали функцию внешнего дыхания, регистрировали ЭКГ, выполняли ЭхоКГ.

Тест с 6-минутной ходьбой проводили в размеченном через каждые 2 м прямом коридоре длиной 50 м.

Исследование функции внешнего дыхания проводили с использованием аппарата Master Screen (Pneumo, Jaeger, Germany). Исследование включало в себя стандартную спирометрию с оценкой емкостных и скоростных показателей.

ЭхоКГ-исследование проводили на аппарате Aloka SSD-5500 (Germany) с изучением традиционных показателей систолической и диастолической функции левого желудочка: конечный систолический объем, конечный диастолический объем, фракция выброса левого желудочка, размеры левого предсердия, максимальная скорость раннего диастолического потока (Е), максимальная скорость потока предсердной систолы (А), отношение Е/А.

Достоверность оценивали с помощью критерия t Стьюдента для непарных величин, корреляционные отношения для определения наиболее существенных параметров оценивали по методике Пирсона. Статистические данные обрабатывались с помощью программы SPSS 13.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст 1-й группы составил $68 \pm 4,3$ года (мужчин – 59 (88,13%) и женщин – 8 (11,87%)), 2-й – $56 \pm 3,2$ года (мужчин – 27 (79,35%) и 7 женщин (20,65%)).

Индекс массы тела больных был практически одинаковым и составлял в 1-й и во 2-й группе – $25,5 \pm 4,3$ кг/м² и $25,0 \pm 3,0$ кг/м² соответственно (табл. 3).

Показатели центральной гемодинамики в группах не различались. Так ЧСС во 2-й группе составила $78,1 \pm 7,6$ уд/мин, в 1-й группе – $78,3 \pm 7,5$ уд/мин. В 1-й группе систолическое

Таблица 3
Клинико-функциональная характеристика больных

Показатель	1-я группа	2-я группа	p
Возраст, годы	$68 \pm 4,0$	$56 \pm 3,2$	0,33
ИМТ, кг/м ²	$25,0 \pm 3,0$	$25,5 \pm 4,3$	0,66
ЧСС, уд/мин	$78,3 \pm 7,5$	$78,1 \pm 7,6$	0,87
АДС, мм рт. ст.	$137,2 \pm 16,7$	$130,4 \pm 13,8$	0,34
АДД, мм рт. ст.	$79,1 \pm 9,1$	$80,2 \pm 8,7$	0,78
КДР, см	$5,21 \pm 0,15$	$4,90 \pm 0,25$	0,58
КСР, см	$3,73 \pm 0,14$	$3,15 \pm 0,06$	0,54
ЛП, см	$3,61 \pm 0,1$	$3,57 \pm 0,09$	0,37
ФВ, %	$58,0 \pm 1,4$	$62,3 \pm 2,9$	0,04
Е, м/с	$0,65 \pm 0,01$	$0,70 \pm 0,02$	0,009
А, м/с	$0,97 \pm 0,02$	$0,85 \pm 0,02$	0,01
Е/А	$0,69 \pm 0,01$	$0,95 \pm 0,03$	0,001
6МТХ, м	$420,2 \pm 24,1$	$470,4 \pm 16,2$	0,02
FEV1, л	$2,85 \pm 0,08$	$3,24 \pm 0,09$	0,04
VC, л	$3,01 \pm 0,07$	$3,32 \pm 0,06$	0,053

Примечание. ИМТ – индекс массы тела, ЧСС – частота сердечных сокращений, АДС – систолическое артериальное давление, АДД – диастолическое артериальное давление, КДР – диастолический размер сердца, КСР – систолический размер сердца, ЛП – левое предсердие, ФВ – фракция выброса, Е – максимальная скорость раннего диастолического потока, А – максимальная скорость потока предсердной систолы, Е/А – отношение трансмитральной пиковой скорости раннего потока к позднему, 6МТХ – тест 6-минутной ходьбы, FEV1 – объем форсированного выдоха в 1-ю минуту, VC – жизненная емкость легких.

АД – $137,2 \pm 16,7$ мм рт. ст., диастолическое АД – $79,1 \pm 9,1$ мм рт. ст., во 2-й систолическое АД – $130,4 \pm 13,8$ мм рт. ст.; диастолическое АД – $80,2 \pm 8,7$ мм рт. ст.

Показатели систолической функции левого желудочка оказались достоверно ниже у пожилых больных. Так у лиц среднего возраста фракция выброса левого желудочка составила $62,3 \pm 2,9\%$ и у пожилых – $58,0 \pm 1,4\%$ ($p = 0,04$). Структурно-функциональные показатели в группах незначительно отличались. Средний диастолический размер левого желудочка у пожилых составил – $5,21 \pm 0,15$ см, у лиц среднего возраста – $4,90 \pm 0,25$ см ($p = 0,58$); систолический размер левого желудочка в 1-й группе – $3,73 \pm 0,14$ см, во 2-й группе – $3,15 \pm 0,06$ см ($p = 0,54$). Размер левого предсердия во 2-й группе составил $3,57 \pm 0,09$ см, в 1-й – $3,61 \pm 0,1$ см. Заметно различались показатели диастолической функции левого желудочка: у пожилых, по сравнению с лицами среднего возраста, отношение Е/А было меньше ($0,69 \pm 0,01$ и $0,95 \pm 0,03$).

Необходимо отметить снижение показателей функции внешнего дыхания с возрастом. В 1-й группе FEV1 составил $2,85 \pm 0,08$ л, VC – $3,01 \pm 0,07$ л; во 2-й группе – $3,24 \pm 0,09$ л ($p = 0,04$) и $3,32 \pm 0,06$ л соответственно.

Несмотря на такие достаточно умеренные гемодинамические различия между группами, толерантность к физической нагрузке у пожилых больных была существенно снижена по сравнению с лицами среднего возраста, дистанция 6-минутной ходьбы – $420,2 \pm 24,1$ м и $470,4 \pm 16,2$ м соответственно ($p = 0,02$).

У пациентов старшей возрастной группы значения систолической и диастолической функции левого желудочка и скоростные дыхательные показатели были достоверно ниже ($p < 0,05$), кроме того, у них низкие показатели толерантности к физической нагрузке коррелировали как с признаками сердечной недостаточности, так и с параметрами внешнего дыхания. Нами установлено, что только параметры систолической и диастолической функций левого желудочка тесно коррелируют с данными теста 6-минутной ходьбы в обеих возрастных группах (табл. 4).

Таким образом, результаты нашего исследования подтвердили снижение толерантности к физической нагрузке, происходящие с возрастом [5–7]. Важно ли изучать толерантность к

Таблица 4

Корреляционные отношения данных 6МТХ с некоторыми показателями

Показатели	6 МТХ			
	1-я группа		2-я группа	
	г	р	г	р
ФВ	0,69	0,004	0,65	0,004
Е/А	0,58	0,0001	0,62	0,0001
FEV1	0,75	0,01	0,77	0,015
VC	0,79	0,02	0,76	0,026

физической нагрузке у пожилых? Судя по последним данным – да [8, 9]. При проспективном наблюдении в течение 3,7 лет за 7354 пожилыми людьми старше 65 лет у лиц со сниженной толерантностью к нагрузке оказался повышенным риск смерти, как и у пациентов с нарушенным восстановлением частоты сердечных сокращений после пробы. Каково клиническое значение нашего исследования? По-видимому, наши данные подчеркивают многофакторность снижения толерантности к физической нагрузке у лиц пожилого возраста на примере старшей возрастной группы, где низкая толерантность к физической нагрузке была обусловлена как сердечной недостаточностью, так и сниженным резервом вентиляции.

У онкологических больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями показана взаимосвязь диастолической и систолической функции левого желудочка с переносимостью физической нагрузки. Это объясняется повышением давления наполнения в полостях сердца, легочных сосудах в ответ на нагрузку, что проявляется симптомами сердечной недостаточности, ухудшает функциональные возможности организма [1, 10]. Определяющим фактором переносимости физической нагрузки у онкологических больных с патологией кардиореспираторной системы является функциональная состоятельность (систолической и диастолической функции) левого желудочка.

Диагностика как диастолической дисфункции, так и начальной стадии хронической сердечной недостаточности у пожилых больных может позволить реально повлиять на количество тяжелых случаев и своевременное начало тера-

пии сердечной недостаточности, что особенно актуально у онкологических больных на различных этапах противоопухолевого лечения.

ВЫВОДЫ

1. У онкологических больных с возрастом значительно уменьшаются резервные возможности организма, проявляющиеся сниженной толерантностью к физической нагрузке.

2. Данные изменения достоверно связаны со снижением систолической и диастолической функции левого желудочка.

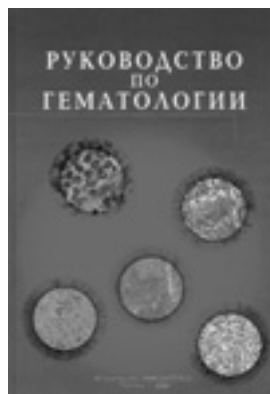
3. Выявленные закономерности сниженной толерантности к физической нагрузке у онкологических больных с патологией кардиореспираторной системы позволяют рекомендовать тест 6-минутной ходьбы для динамического контроля функционального состояния и оценки эффективности проводимого лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беленков Ю.Н., Агеев Ф.Т., Мареев В.Ю. Знакомьтесь: диастолическая сердечная недостаточность. Сердечная недостаточность. 2001; (2): 40-44.
2. Andren B., et al. Left Ventricular Diastolic Function in a Population Sample of Elderly Men. Echocardiography. 1998; 15 (5): 433-450.
3. Schirmer H. et al. Mitral flow derived Doppler indices of left ventricular diastolic function in a general population: the Tromso study. Europ. Heart J. 2000; 21 (16): 1376-1386.
4. Devereux R.B., et al. Congestive heart failure despite normal left ventricular diastolic function in a population-based sample: the strong Heart Study. Amer. J. Cardiol. 2000; 86 (10): 1090-1096.
5. Wilson T.M., Tanaka H. Meta-analysis of the age-associated decline in maximal aerobic capacity in men: relation to training status. Amer. J. Physiol. Heat Circ. Physiol. 2000; 278 (3): 829-834.
6. Steffen T.M., Hacker T.A. Age- and gender-related test performance in communitydwelling elderly people: Six-Minute Walk Test, Berg Balance Scale. Phys Ther. 2002; 82 (2): 128-137.
7. Eskurza I., Donato A.J., et al. Changes in maximal aerobic capacity with age in endurance-trained women: 7-yr follow-up. J. Appl Physiol. 2002; 92 (6): 2303-2308.
8. Spin J.M. et al. The prognostic value of exercise testing in elderly men. Amer. J. Med. 2002; 112 (6) 453-459.
9. Messinger-Rapport B. et al. Value of exercise capacity and heart rate recovery in older people. J. Amer. Geriatr. Soc. 2003; 51 (1): 63-68.
10. Little W.C., et al. Diastolic dysfunction as a cause of exercise intolerance. Heart Fail Rev. 2000; 5 (4): 301-306.
11. Little W.C., et al. Diastolic dysfunction as a cause of exercise intolerance. Heart Fail Rev. 2000; 5 (4): 301-306.

Поступила 20.10.2006

ВНИМАНИЕ! НОВИНКА



РУКОВОДСТВО ПО ГЕМАТОЛОГИИ

Три тома в одной книге с Приложениями
Под редакцией академика А.И. Воробьева
Издательство «Ньюдиамед» 2007 г.

Фундаментальное медицинское издание, содержащее современные данные по вопросам физиологии и патофизиологии системы крови. Широко освещены современные методы диагностики и дифференциальной диагностики, что делает руководство необходимым в повседневной работе врача. Представлены следующие разделы:

- общая часть (клетка, кроветворение, костный мозг, диагностические методы, в том числе компьютерная и магнитно-резонансная томография в гематологии),
- частная гематология (гемобласты, миелопролиферативные опухоли, хромосомный анализ, острые лейкозы, и др.),
- гемостаз,
- анемии.

Книга предназначена для специалистов гематологов, онкологов. Она также будет полезна врачам различных специальностей: терапевтам, педиатрам, неврологам, семейным врачам, преподавателям медицинских ВУЗов и факультетов послевузовской профессиональной подготовки.

Заслуживает внимания Приложение к Руководству, содержащее:

- Протокол ведения больных Гемофилия;
- Протокол ведения больных Железодефицитная анемия;
- Стандарты медицинской помощи больным с гематологическими заболеваниями.

ЛЕКЦИЯ

УДК 617 – 089 ≈ 616.089

**ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА
В ОНКОХИРУРГИИ**

С.П. Свиридова, С.А. Чухнов, С.В. Мостовой

РОИЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Ключевые слова: интенсивная терапия, онкохирургия, пожилой возраст

Key words: intensive therapy, oncology, aged

Достижения хирургии, анестезиологии и реаниматологии последних лет и совершенствование хирургической техники позволили успешно выполнять очень сложные и высокотравматичные радикальные вмешательства в онкологии, в том числе у больных пожилого и старческого возраста. Старческий возраст расценивается в плане определения показаний к операции, а также в общественном мнении как «сомнительный» по возможностям адаптации при радикальном хирургическом лечении. Высокий риск тяжелых послеоперационных осложнений вынуждает большинство хирургов отказываться от радикальной операции у больных этой возрастной группы из-за сопутствующих заболеваний, значительно сниженных компенсаторных возможностей и функциональных резервов.

В последние десятилетия предлагались различные варианты возрастной классификации для позднего периода жизни человека. В документах Европейского регионального бюро ВОЗ, возраст от 60 до 74 лет рассматривается как пожилой; 75 лет и старше — старые люди; возраст 90 лет и старше — долгожители. В зарубежной литературе различают «молодые пожилые» — 65–74 лет, «старые» — 75–84 лет и «очень старые» — 85 лет и старше.

Расширение показаний к операциям у больных этой категории требовало разработки осо-

бенностей интенсивной терапии на основе знаний патофизиологических изменений стареющего организма, необходимых реаниматологу при лечении больных в раннем послеоперационном периоде.

В данной работе мы не ставили задачу осветить все особенности интенсивной терапии после оперативных вмешательств различного вида и объема. Представлена лишь общая для данной возрастной категории специфика интенсивной терапии и результаты лечения в раннем послеоперационном периоде.

Общеизвестно, что органы и системы стареющего организма претерпевают морфологические и физиологические изменения. В процессе старения наступают многочисленные изменения функционального состояния организма с гармоничным снижением функций органов и систем, снижением и некоторым извращением обменных процессов, уменьшением реактивности организма [1,4,7,12,14,19,21].

Со стороны центральной нервной системы наблюдается эмоциональная лабильность, низкая толерантность к стрессам, дисциркуляторная энцефалопатия различной выраженности, обусловленная хронической недостаточностью церебрального кровотока и коллатерального кровообращения в виллизиевом круге. Развитие мозговой патологии начинается с недостаточ-

ности мозгового кровообращения, а при углублении хронического диффузного нарушения гемодинамики с гипоксическими метаболическими изменениями в мозге развивается картина атеросклеротической энцефалопатии [7,19]. Снижение активности центральной нервной системы связано с уменьшением плотности нейронов (на 30% после 80 лет), количества нейротрансмиттеров, нарушением нервной регуляции сосудов, их морфологическими изменениями с окклюзией, компрессией, недостаточностью коллатерального кровообращения, расстройством ауторегуляции мозгового кровотока. Церебральный кровоток снижается на 10–20% от нормы, возрастает опасность острого нарушения мозгового кровообращения. При высокой гипертензии ауторегуляция мозгового кровообращения становится недостаточной. Наблюдается ослабление периферической иннервации, что ведет к снижению афферентной стимуляции и чувствительности к сенсорным стимулам [7,11,19,27,39]. В целом изменения ЦНС во многом обусловлены цереброваскулярной недостаточностью.

Одной из самых актуальных проблем в гериатрической практике является **сердечно-сосудистая недостаточность**. С возрастом развивается атеросклероз практически всех сосудов, в большей степени коронарных, почечных и церебральных. В процессе увядания организма миокард и сосудистая система претерпевают целый ряд структурно – функциональных изменений. Атеросклероз, особенно аорты и артериол, и атероматоз предрасполагают к гипертензии и ее осложнениям, ишемии и инфарктам органов [7,12,16]. Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы чаще всего наблюдается гипертоническая болезнь (75,5%). У 60% больных в возрасте старше 60 лет отмечается коронарная недостаточность. Изменения сердечно-сосудистой системы у больных пожилого и старческого возраста обусловлены в первую очередь склерозом коронарных сосудов и возникающими при этом нарушениями трофики, фиброзом мышцы сердца. Возрастная недостаточность кровообращения приводит к существенным изменениям параметров гемодинамики. У пожилых и стариков отмечается снижение ударного и минутного объема сердца до 25–40%. Сердечный индекс снижается с 3,21 л/м² в 30-летнем возрасте до 2,81 л/м² в 65-летнем и составляет 1,6 л/м² к 85 годам.

Возрастные изменения в коронарных артериях и миокарде приводят к определенным сдвигам на электрокардиограмме. При сохраненном синусовом ритме частота сердечных сокращений после 60 лет обычно урежается. Для лиц пожилого и старческого возраста свойственно замедление проводимости по пучку Гиса и его ножкам. Различные нарушения сердечного ритма у больных пожилого и старческого возраста, по данным различных авторов, наблюдаются в 2,5–23,5% случаев. Наиболее потенциально опасными нарушениями ритма являются пароксизмальная тахикардия и мерцательная аритмия.

В результате морфологических изменений происходит функциональная перестройка и **микроциркуляторного русла**. Фиброз и гиалиновое перерождение капиллярной сети вызывают уменьшение числа функционирующих капилляров на единицу площади тела вплоть до облитерации. Атеросклеротические изменения и утрата постоянного притока эфферентных тонусрегулирующих импульсов приводит к так называемому старческому параличу микроциркуляторного русла. Повышается общее и органное периферическое сопротивление, что увеличивает динамическую нагрузку на сердце. Адаптационная способность малого и большого круга кровообращения нарушается. Повышение артериального давления сопровождается снижением венозного в результате снижения мышечной активности и присасывающей способности диафрагмы и грудной клетки. Вышеупомянутые факторы вместе формируют функциональную недостаточность кровообращения – циркуляторную часть так называемой старческой гипоксии.

Старение организма сопровождается значительными структурно-функциональными изменениями в **системе дыхания**. Основными инволютивными изменениями в бронхолегочной системе являются: нарушение мукоцилиарного клиренса, увеличение количества слизистых желез, уменьшение количества реснитчатых клеток и эластических волокон, снижение активности сурфактанта, увеличение остаточного объема, увеличение раннего объема закрытия бронхиальных путей, уменьшение альвеолярно-капиллярной поверхности. Снижается физиологический ответ на гипоксию и гиперкапнию. Происходит снижение активности альвеолярных макрофагов и нейтрофилов при повышении микробной колонизации респираторного

тракта. Оссификация хрящевой части грудной клетки способствует развитию ее ригидности. К рестриктивным нарушениям дыхания в позднем возрасте могут приводить спондилоартроз, снижение межпозвоночных пространств с формированием кифоза и кифосколиоза, кальцификация реберных хрящей. Тесты функциональной диагностики легких показывают снижение дыхательного объема, жизненной емкости легких, объема форсированного выдоха, максимального объема и пиковой скорости выдоха. У больных старческого возраста всегда имеется гипоксия и гиперкапния той или иной степени на фоне сниженной резистентности к этим состояниям (гипоксии и гиперкапнии). Известно, что напряжение кислорода в артериальной крови с возрастом значительно снижается. В 70 лет оно почти на 2,7 кПа (20 мм рт. ст.) ниже, чем в 30 лет. Инволюционные процессы в бронхолегочной системе могут стать патогенетической причиной различного рода легочных заболеваний, что, в свою очередь, может оказать влияние на результаты хирургического лечения больных преклонного возраста. Таким образом, в процессе увядания организма развиваются гипоксия всех видов: циркуляторная, гипоксическая (респираторная), гистотоксическая и гипоксия смешанного вида.

Возрастные морфологические и функциональные изменения, безусловно, затрагивают и **печень**. Снижение функции происходит на 1% в год после 30 лет. Снижается общий кровоток органа на 20–22%, ослабевает удельная перфузия ткани. Дегенеративно-дистрофические процессы в печеночной ткани характеризуются гипо- и атрофией печеночных долек, жировой дистрофией гепатоцитов. Гипопротеинемия у пожилых достигает 58–60 г/л, а в возрасте старше 70 лет общий белок крови составляет 56,3 г/л. Учет гипопротеинемии особенно важен, поскольку снижается возможность связывания белками плазмы лекарственных средств. При этом возрастает вероятность прямого контакта свободных молекул препарата с рецепторами, что обуславливает опасность передозировки анестезиологических препаратов, поэтому пациенты пожилого и старческого возраста обладают повышенной чувствительностью к действию опиоидных анальгетиков, гипнотиков и др. Это требует возрастной коррекции традиционно используемых доз. На 30–40% снижается

детоксикационная функция печени. Гипопротеинемия, снижение активности холинэстеразы, замедленная детоксикация различных лекарственных средств, порталная гипертензия со склонностью к кровотечениям и ряд других изменений, связанных со структурными изменениями печени. При этом страдают основные функции печени: белково-, протромбинообразовательная, детоксикационная, нарушается углеводный обмен, обмен билирубина и холестерина.

С возрастом уменьшается кровоток в **почках**, страдают также концентрационная и фильтрационная функции почек (клубочковая фильтрация снижается до 60% после 70 лет). К 70 годам наблюдается медленное снижение массы почки, до 40% нефронов подвергаются инволюции. К старости у человека теряется до 1/2 нефронов, разрастается соединительная ткань, формируется возрастная нефросклероз. Начиная с 30 лет, клубочковая фильтрация снижается каждый год примерно на 1 мл. Отмечаются уплотнение капсулы, атрофия коркового слоя, различная степень повреждения клубочков и канальцев. Почки пожилых людей могут сохранять воду только в ограниченном количестве. Общая экскреторная способность почечных канальцев уменьшается приблизительно на 30%, а реабсорбция снижается до 38%. Максимальная концентрационная способность ограничена: 1020–1025 (около 800 мосмоль/л мочи). Нарушения сократительной способности мышц мочеточников приводят к уростазу и ослаблению уродинамики. Гиперплазия предстательной железы, дисфункция мочевого пузыря, мочекаменная болезнь, неполное опорожнение мочевого пузыря, гиподинамия, длительная иммобилизация, двигательные расстройства — факторы, способствующие инфицированию мочевых путей в пожилом возрасте.

У лиц пожилого и старческого возраста уменьшается **количество общей воды** в организме в основном за счет внутриклеточного сектора, кроме того, снижается гидратация тканей, уменьшается водный сектор внеклеточного пространства. Происходит снижение объема циркулирующей крови на 10–20%. С возрастом вследствие нарушения коллоидных структур и гемодинамической перегрузки значительно снижается толерантность организма к водной нагрузке. У большинства пациентов преклонного возраста имеется хроническая гиповолемия,

усиливающаяся даже при кратковременной иммобилизации. Гиповолемия и дегидратация, возникающие в результате каких-либо патологических процессов, значительно снижают перфузионное давление в жизненно важных органах. С возрастом страдает и обмен электролитов: усиливается дефицит внутриклеточного K^+ , особенно у лиц старше 70 лет. Больные старшей возрастной группы плохо переносят дополнительную нагрузку: массивное переливание жидкости часто вызывает отек легких, поэтому в гериатрии активный внутривенный способ коррекции нарушений гомеостаза применяется по строгим показаниям. В то же время у лиц пожилого и старческого возраста наблюдается относительная гиповолемия (объем циркулирующей крови на 10% ниже, чем у молодых). Реакция на кровопотерю у пожилых и старых больных замедлена, поступление жидкости из тканей в кровяное русло затруднено, снижена эластичность сосудов, что препятствует приспособительным реакциям кровообращения. Поэтому темп восполнения объема циркулирующей крови (в частности кровопотери) не должен быть форсированным.

У пожилых, и в особенности у старых людей, наблюдается нарушение эвакуаторной функции **пищеварительного тракта**. Атрофия слизистой оболочки желудка ведет к снижению секреции соляной кислоты. Нередки дисфагия, гастроэзофагеальный рефлюкс вследствие ослабления подвижности пищевода и нарушения функции нижнего сфинктера пищевода (грыжа пищеводного отверстия диафрагмы). Понижение секреции кислоты, пепсина и трипсина, гипохлоргидрия сопровождаются чрезмерно быстрым ростом бактерий, запором и приводят к злокачественной анемии.

В процессе старения организма постепенно теряется способность адекватного преодоления стрессовых воздействий, обусловленных влиянием факторов окружающей среды, происходит нарушение сбалансированной работы в отдельных звеньях иммунитета как в количественном, так и в регуляторном аспектах. Степень **изменения иммунной активности** зависит от инволюционных изменений вилочковой железы и костного мозга в результате старения. При этом ведущее значение приобретает инволюция тимуса с постепенным нарушением функционирования иммунной системы. Снижение иммун-

ной реактивности может быть результатом взаимодействия внутриклеточного и внеклеточного факторов. К клеточным изменениям, прежде всего, относятся изменения в стволовых клетках, которые проявляются в характере их роста. Содержание стволовых клеток в процессе старения уменьшается. Число иммунокомпетентных единиц в лимфоидных органах с возрастом уменьшается в 5 раз, В-клеток – в 3,5 раза. В процессе старения изменяется соотношение субпопуляций иммунорегуляторных клеток. Содержание циркулирующих иммуноглобулинов IgG и IgA с возрастом увеличивается. Уровень IgM-аутоантител снижается так же, как и иммуноглобулина IgE. Таким образом, возрастные изменения иммунитета вследствие инволюции вилочковой железы и снижения уровня тимусных гормонов можно квалифицировать как сбалансированный Т-иммунодефицит.

Дисбаланс регуляции наблюдается и в **эндокринном статусе** лиц пожилого и старческого возраста. Ослабевает васкуляризация гипофиза. В глубокой старости изменения в передней доле гипофиза аналогичны таковым при гиподисфункции или истощении железы. В.В. Фролькис (1963) указывает, что в процессе старения на фоне снижения секреторной активности желез внутренней секреции растет чувствительность тканей к действию гормонов. Вместе с тем реактивная способность тканей, возможные амплитуды их обмена и функции при действии гормонов падают. Компенсаторно повышается уровень адреналина и норадреналина, но снижается плотность адренергических рецепторов. Снижение общего и органного кровотока ведет к гиподисфункции эндокринных желез, гипотрофии надпочечников, инволюции щитовидной и паращитовидных желез. Склеротические изменения в поджелудочной железе приводят к снижению продукции амилазы и трипсиногена. Сахарный диабет является довольно частым сопутствующим заболеванием у больных хирургического профиля этой возрастной группы. На фоне склерозирования ткани поджелудочной железы и как следствие островков Лангерганса развивается сахарный диабет типа 2. Инволюция тимуса и эндокринного аппарата способствует подавлению продукции факторов иммунитета, снижению адаптационной реакции на стресс. И, можно предполагать, настолько же снижаются функциональные способности органов и систем при

хирургических и сопутствующих терапевтических заболеваниях, усугубленных вредными привычками (курение, алкоголизм и др.). При этом следует помнить, что с возрастом существенно изменяется фармакодинамика и фармакокинетика лекарственных препаратов.

С 2003 по 2006 г. в отделении реанимации и интенсивной терапии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН после различных хирургических вмешательств наблюдались в послеоперационном периоде 1868 больных старше 60 лет (45,15% всех поступивших в отделение пациентов). По возрасту пациенты были разделены на 2 группы:

I. Пожилые пациенты (60–74 года) – **1549** (82,92%, 875 мужчин и 674 женщины),

II. Пациенты старческого возраста (75–89 лет) – **319** (17,08%, 154 мужчины и 165 женщин). В эту группу вошли 9 больных 90–93 лет.

Локализация злокачественного процесса в группах показано в табл. 1, из которой видно, что большинство составляли пациенты с заболеванием желудка (26,99% в I группе и 32,60% во II) и толстой кишки (20,27% в I группе и 26,65% во II).

Таблица 1

Распределение по локализации основного процесса в группах

Локализация	Группа I		Группа II	
	n	%	n	%
Желудок	418	26,99	104	32,60
Толстая кишка	314	20,27	85	26,65
Легкие	152	9,81	9	2,82
Пищевод	41	2,65	11	3,45
Система мочевого выделения	71	4,58	28	8,78
Женская репродуктивная система	95	6,13	31	9,72
Поджелудочная железа	74	4,78	9	2,82
Печень	94	6,07	8	2,51
Опорно-двигательный аппарат	32	2,07	7	2,19
Забрюшинное пространство	49	3,16	6	1,88
Голова и шея	49	3,16	5	1,57
Молочная железа	18	1,16	2	0,63
Средостение	32	2,07	4	1,25
Тонкая кишка	69	4,45	7	2,19
Множественная	41	2,65	3	0,94

На догоспитальном этапе все пациенты были тщательно обследованы, чтобы оценить распространенность опухолевого процесса, выявить отдаленные метастазы и определить функциональную переносимость хирургического вмешательства. Исключение составили только больные, госпитализированные в экстренном порядке с явлениями стеноза, кровотечения или дисфагии. Практически всем пациентам старше 60 лет проводили ЭКГ, спирометрическое, эхокардиографическое исследование. При необходимости – велоэргометрию, холтеровский мониторинг ЭКГ, коронарографию. Большинство больных с выраженной сопутствующей патологией еще в поликлинике осматривали терапевт и реаниматолог, поскольку возрастные изменения и сопутствующая соматическая патология значительно повышают риск анестезиологического пособия и хирургического вмешательства.

Практически все оперированные больные старше 60 лет имели сопутствующие заболевания с поражением разных органов и систем той или иной тяжести. У пациентов старше 75 лет сопутствующая патология различной тяжести наблюдалась во всех органах и системах. Распространенность и тяжесть сопутствующей патологии была ожидаемо выше в группе больных старческого возраста – 100% из них страдали сердечно-сосудистыми заболеваниями, 62,07% – заболеваниями дыхательной системы, 20,06% – заболеваниями ЦНС, 91,22% – желудочно-кишечного тракта, 56,11% – мочевыделительной системы. Значительно более выраженными и частыми были нарушения гемокоагуляционного статуса. Кроме того, у всех больных сопутствующая сердечно-сосудистая патология сочеталась с патологией дыхательной или мочевыделительной системы, ЦНС либо с другими сопутствующими заболеваниями (табл. 2).

Данные таблицы свидетельствуют о тяжести сопутствующей патологии, приведшей к нарушению функций жизненно важных органов и систем. В хирургическом лечении не отказывали больным, перенесшим инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, пациентам с дисциркуляторной энцефалопатией, бронхиальной астмой, нефропатией I–II ст. на фоне хронического пиелонефрита и др. Из 1411 больных, страдавших ИБС, недостаточность кровообращения диагностирована у 713 (38,17%), в том числе I стадии – у 11,12%, IIА – у 17,01%,

Таблица 2
Сопутствующая патология в группах

Сопутствующая патология	Группа I		Группа II	
	n	%	n	%
Сердечно-сосудистая система	1302	84,05	319	100,00
Мультифокальный атеросклероз	952	61,46	278	87,15
ИБС	1099	70,95	312	97,81
Постинфарктный кардиосклероз	70	4,52	31	9,72
Атеросклеротический кардиосклероз	812	52,42	301	94,36
Нарушения ритма сердца	167	10,78	48	15,05
Артериальная гипертензия	897	57,91	212	66,46
Недостаточность кровообращения	526	33,96	187	58,62
Варикозное расширение вен нижних конечностей	328	21,17	75	23,51
Эндокринная система	488	31,50	81	25,39
Сахарный диабет	71	4,58	24	7,52
Гипертиреоз	11	0,71	3	0,94
Ожирение	428	27,63	73	22,88
Дыхательная система	472	30,47	198	62,07
Хронический бронхит	349	22,53	62	19,44
Эмфизема	349	22,53	62	19,44
Пневмосклероз	362	23,37	68	21,32
Бронхиальная астма	7	0,45	11	3,45
ЦНС	115	7,42	64	20,06
Дисциркуляторная энцефалопатия	67	4,33	41	12,85
Острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе	19	1,23	21	6,58
Сенильный психоз	36	2,32	13	4,08
ЖКТ	465	30,02	291	91,22
Хронический гастрит	412	26,60	284	89,03
Хронический холецистит	147	9,49	32	10,03
Хронический панкреатит	32	2,07	14	4,39
Мочевыделительная система	309	19,95	179	56,11
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы	145	9,36	114	35,74
Хронический пиелонефрит	216	13,94	89	27,90
Истощение	51	3,29	43	13,48
Коагулопатия	102	6,58	183	57,37
Анемия	739	47,71	234	73,35
Прочие	150	9,68	38	11,91

Примечание. ЖКТ – желудочно-кишечный тракт, ЦНС – центральная нервная система.

ИБС – у 10,04%. Таким образом, у 27,05% больных с недостаточностью кровообращения II стадии риск сердечно-сосудистых осложнений был высоким, особенно у больных ИБС с недостаточностью кровообращения и одновременным нарушением функции почек.

По данным некоторых авторов, сердечно-сосудистые осложнения являются причиной 25–50% летальных исходов после операции [15]. У больных с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями часто возникают периоперационный инфаркт миокарда, отек легких, застойная сердечная недостаточность, аритмия и тромбоэмболия [23,24,26]. Кроме того, некоторые сердечно-сосудистые осложнения способствуют развитию пневмонии, почечной недостаточности, инсульта, полиорганной недостаточности [25,26].

В предоперационном периоде всем больным проводили интенсивную терапию, направленную на коррекцию нарушенных функций органов и систем. Добивались максимально возможного терапевтического эффекта – стабилизации коронарного и мозгового кровотока, артериального давления, устранения застойной сердечной недостаточности, тахисистолической мерцательной аритмии, бронхита, бронхоспазма, анемии, достигали санации мочевых путей, улучшения реологических свойств крови и др.

Вопрос о переносимости операции решался на консилиуме в составе ведущего хирурга, анестезиолога, реаниматолога, терапевта, при необходимости невролога. Физическое состояние обследованных больных оценивали в соответствии с классификацией Американского общества анестезиологов (ASA). Функциональное состояние соответствовало II классу ASA только у 8% больных. Низкие или очень низкие резервные показатели у 56% больных позволили оценить их состояние как соответствующее III классу ASA, а состояние 36% наиболее тяжелых больных – IV классу.

Тактика интенсивной терапии в раннем послеоперационном периоде варьировала в связи с особенностями хирургического доступа и объема вмешательства (табл. 3).

Торакальным доступом были выполнены вмешательства у 197 больных (10,55%): различные по объему операции на легких (пульмонэктомия, лобэктомия, резекция легкого) и операции при опухолях средостения. Оперативные вмешательства торакоабдоминальным доступом были выполнены у 118 больных (6,32%) – операции на пищеводе и проксимальном отделе желудка (операции Льюиса, Герлока, чресплевральная гастрэктомия). Абдоминальным доступом выполнены хирургические вмешательства у

Таблица 3
Распределение больных по виду и объему хирургического вмешательства

Операция	Группа I		Группа II	
	п	%	п	%
Торакальная	184	11,88	13	4,08
Торакоабдоминальная	96	6,20	22	6,90
Абдоминальная	854	54,49	256	80,25
Желудок	308	19,88	89	27,90
Билиопанкреатодуоденальная зона	57	3,68	27	8,46
Толстая кишка	294	18,98	77	24,14
Женская репродуктивная система	95	6,13	31	9,72
Система мочевого выделения	61	3,94	26	8,15
Забрюшинная	39	2,52	6	1,88
Голова	39	3,16	5	1,57
Прочие	376	24,27	23	7,21

1100 больных (58,89%): операции различного объема при раке желудка (гастрэктомия, резекция желудка) у 396 пациентов, при опухолях билиопанкреатодуоденальной зоны (в том числе расширенная гастропанкреатодуоденэктомия) у 84, опухолях женской репродуктивной системы – у 126 пациенток, системы мочевого выделения (в том числе нефрэктомия и резекция почек) – у 87, опухолях забрюшинного пространства – у 45, толстой кишки – у 371 больного.

Нейрохирургическое вмешательство и различного объема операции при опухолях головы и шеи выполнены у 44 пациентов (2,36%). Среди прочих вмешательств (399 пациентов, 21,36%) были операции на опорно-двигательном аппарате, молочных железах, мягких тканях и др.

Одним из неперенных условий успешного хирургического лечения онкологических больных пожилого и старческого возраста следует считать высокий профессионализм хирургов, анестезиологов-реаниматологов, современный многофакторный мониторинг жизненно важных функций организма как во время операции, так и в раннем послеоперационном периоде, наличие высоких медицинских технологий и современного оборудования.

Продолжительность хирургического вмешательства – один из основных факторов риска послеоперационных осложнений. Средняя продолжительность операции в нашем исследова-

нии составила 240 ± 73 мин (100–320 мин). Вмешательства длительностью менее 120 мин выполнены 36% больных, 120–240 мин – 49%, более 240 мин – 15%.

Другим важнейшим фактором риска послеоперационных осложнений следует считать объем кровопотери во время операции. Кровопотеря менее 500 мл наблюдалась у 852 (45,07%) оперированных больных, 500–1000 мл – у 1016 (54,39%), 1000–2000 мл – у 318 (17,02%), 2000–4000 мл – у 17 (0,91%).

Лечение больных в отделении реанимации и интенсивной терапии проводили под контролем показателей гемодинамики (артериальное и центральное венозное давление, ЭКГ, SaO₂), функции внешнего дыхания, почасового диуреза, а также темпа потерь по дренажам и суточного баланса жидкости. Для данной категории больных крайне важен тщательный мониторинг кислотно-основного состояния, коллоидно-осмотического (онкотического) давления, электролитов, газового состава крови, коагулограммы, клеточного и биохимического состава крови. При необходимости выполняли рентгенологические, ультразвуковое, иммунологическое и микробиологическое исследования. У наиболее тяжелых пожилых больных проводили мониторинг центральной гемодинамики как во время хирургического вмешательства, так и в раннем послеоперационном периоде.

У 1326 (71%) оперированных больных ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Различные осложнения после операции развились у 549 больных (29%) (табл. 4), которые у 57 пациентов привели к летальному исходу (3,05%).

Вспомогательная ИВЛ длительностью от 6 ч до 3 сут. после операции проводилась 498 больным (25,96%). Потребность в продленной ИВЛ была приблизительно одинакова в обеих возрастных группах и была вызвана необходимостью медикаментозной седации в связи с выраженным психомоторным возбуждением при пробуждении, гипердинамическим синдромом, тяжелым нарушением гомеостаза, левожелудочковой недостаточностью, кровотечением.

Различные нарушения ритма сердца были наиболее частыми осложнениями, которые отмечены у 373 (19,97%) больных. Они наблюдались обычно на 2-е–4-е сутки после операции. Самым частым и наиболее гемодинамически зна-

Таблица 4
Осложнения раннего послеоперационного периода у больных пожилого и старческого возраста

Осложнения	Группа I		Группа II	
	n	%	n	%
Всего	462	29,83	117	36,68*
Продленная ИВЛ	398	25,69	87	27,27
Нарушения ритма сердца	302	19,50	71	22,26*
Сердечная недостаточность	104	6,71	31	9,72
Ишемия миокарда	121	7,81	56	17,55*
Нестабильная стенокардия	12	0,77	12	3,76
Инфаркт миокарда	2	0,13	1	0,31
Энцефалопатия	216	13,94	61	19,12*
ОНМК	2	0,13	0	0,00
Панкреатит/панкреонекроз	73	4,71	59	18,50*
Парез кишечника	13	0,84	9	2,82
Кишечная непроходимость	9	0,58	4	1,25
Нефропатия	56	3,63	19	5,96
Печеночная недостаточность	112	7,23	28	8,78
Дыхательная недостаточность	161	10,39	53	16,61*
Кровотечение	8	0,52	3	0,94
Гипергликемия	201	12,98	41	12,85
Инфекционные	32	2,07	9	2,82
Нагноение операционной раны	19	1,23	4	1,25
Пневмония	13	0,84	5	1,57*

Примечание.* Различия в группах достоверны ($p < 0,05$). ИВЛ – искусственная вентиляция легких. ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения.

чимым было мерцание/трепетание предсердий. При тахисистолической форме мерцания/трепетания предсердий восстановление синусового ритма следует считать экстренным мероприятием. При безуспешности 2–3 попыток медикаментозного восстановления синусового ритма у гемодинамически стабильных пациентов проводили дигитализацию (по схеме быстрого насыщения). В 13 случаях синусовый ритм был восстановлен только после кардиоверсии. Частые желудочковые экстрасистолы наблюдались у 112 больных в 1–4–е сутки после операции независимо от ее объема.

Снижение деятельности сердца отмечено у 135 пациентов. У 37 из них сердечная недостаточность развилась во время хирургического вмешательства. У 49 пациентов она усугубилась на 4–е–7–е сутки после операции на фоне других осложнений: панкреатита, пареза кишечника, пневмонии, нефропатии, что потребовало при-

менения кардиотонической поддержки (допамин 3–10 мкг/кг/мин, добутамин 3–12 мкг/кг/мин).

Синдром малого выброса на 2–е–3–е сутки после операции у 98 больных сопровождал коронарную недостаточность, в том числе у 32 с нестабильной стенокардией. Трех больным в раннем послеоперационном периоде проводили интенсивную терапию инфаркта миокарда, причем у одного пациента инфаркт миокарда развился интраоперационно.

Ранний послеоперационный период у 2 больных осложнился нарушением мозгового кровообращения.

В раннем послеоперационном периоде у больных пожилого и старческого возраста развивается энцефалопатия. У 277 (14,83%) больных она проявлялась в эйфории, выраженном негативизме, психомоторном возбуждении, нарушении сознания разной степени. Психомоторное возбуждение всегда требовало седации в течение 2–3 сут.

Средняя продолжительность пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии больных без осложнений в раннем послеоперационном периоде составила $3,3 \pm 1,1$ сут, больных с осложнениями без летального исхода – $6,5 \pm 2,3$ сут.

В раннем послеоперационном периоде умерли 57 (3,05%) пациентов (табл. 5). Наиболее

Таблица 5
Причины смерти больных пожилого и старческого возраста в раннем послеоперационном периоде

Осложнения	Группа I		Группа II	
	n	%	n	%
Всего	46	2,96	11	3,45
Сепсис и полиорганная недостаточность	16	1,03	4	1,25
Инфаркт миокарда и сердечная недостаточность	1	0,06	0	0,00
Тромбоэмболия легочной артерии	14	0,90	4	1,25
Кровотечение из острых стресс-язв ЖКТ	3	0,19	1	0,31
Прогрессирование заболевания	6	0,39	1	0,31
Отек головного мозга, острое нарушение мозгового кровообращения	6	0,39	1	0,31

Примечание. ЖКТ – желудочно-кишечный тракт.

частой причиной смерти были гнойно-воспалительные осложнения и тромбоэмболия легочной артерии, которая одинаково часто наблюдалась в обеих возрастных группах. Причиной сепсиса и полиорганной недостаточности (20 больных — 1,07%) была тяжелая госпитальная пневмония, прежде всего у больных после обширных торакоабдоминальных операций, послеоперационный перитонит, поддиафрагмальный абсцесс. Тромбоэмболия легочной артерии стала причиной смерти 18 больных (0,96%), 4 пациента (0,21%) умерли от кровотечения из острых стресс-язв желудочно-кишечного тракта, 7 (0,54%) больных скончались на фоне прогрессирования заболевания на 15-е — 30-е сутки после пробных вмешательств. Отек головного мозга был причиной летального исхода 6 пациентов (0,32%). Геморрагический инсульт стал причиной летального исхода 1 пациента (0,05%).

Особенности инфузионной терапии и поддержки гемодинамики. Ввиду резкого снижения компенсаторных возможностей микроциркуляторного русла, недостаточности кровообращения и реакции на гипоксию инфузионная терапия должна преследовать цель поддерживать изоволемию, однако темп восполнения объема циркулирующей крови не должен быть форсированным. В случае снижения коллоидно-осмотического давления плазмы с осторожностью применяют изо- и гиперонкотический раствор гидроксиэтилкрахмала, 10–20% раствор альбумина из расчета 3–5 мл/кг/сут со скоростью инфузии не быстрее 25–50 мл/ч под контролем гемодинамики и диуреза. Крайне важно поддерживать темп инфузии и почасовой диурез, обеспечивающие необходимый суточный баланс.

Профилактика ишемии миокарда и гипертензии после нормализации волевических показателей и анемии чаще всего сводится к возможно более раннему возврату к отработанной (дооперационной) схеме кардиальной и вазотропной терапии, а также созданию для пациента комфортных условий, прежде всего адекватным обезболиванием. При необходимости применяют инфузионные растворы нитратов, β -блокаторы и др.

В профилактике тромботических осложнений важную роль играет предоперационное обследование и соответствующая подготовка.

Профилактика тромботических осложнений и венозного застоя необходима на всех этапах хирургического лечения: эластическая компрессия нижних конечностей специальными эластическими гольфами или чулками, и особенно ранняя активизация больного.

В послеоперационном периоде гиперкоагуляция является поводом для назначения антикоагулянтов и дезагрегантов при отсутствии прямых противопоказаний.

Особенности обезбоживания. Важнейшим компонентом интенсивной терапии является продленная комбинированная эпидуральная анальгезия опиоидом и местным анестетиком на регионарном уровне. Использование данной методики еще во время операции не только позволяет значительно снизить потребность в наркотических анальгетиках, но и создает возможность раннего пробуждения и восстановления самостоятельного дыхания, а за счет умеренной симпатической блокады позволяет поддерживать хороший кровоток в органах, наиболее уязвимых при травматичных полостных операциях (почки, поджелудочная железа, кишечник). Эффект эпидуральной анальгезии в раннем послеоперационном периоде значительно превосходит таковой рутинного парентерального введения наркотических анальгетиков, в короткий срок позволяет максимально активизировать пациента, значительно уменьшая количество послеоперационных осложнений.

Однако при травматичных вмешательствах, особенно расширенно-комбинированных, когда операция проводится доступами со вскрытием нескольких полостей, например брюшной и плевральной при раке среднегрудного отдела пищевода, регионарной эпидуральной анальгезии бывает недостаточно для полной блокады обширной зоны повреждения. Возраст пациентов старше 70 лет, осложненное течение операционного и послеоперационного периода (массивная кровопотеря, геморрагический и септический шок) требуют отмены одного из компонентов эпидурального обезбоживания, например наркотического анальгетика у пожилых пациентов или местного анестетика при различных видах шока. Многие наркотические анальгетики, используемые в гериатрии даже в сниженных дозах, способны вызывать серьезные побочные эффекты и наиболее опасный из них — угнетение сознания и дыхания.

Принципы мультимодальности обезболивания позволяют не только повышать эффективность послеоперационной аналгезии, но и значительно нивелировать побочные эффекты препаратов для обезболивания. С целью потенцирования обезболивания используем препараты из группы ненаркотических анальгетиков — нестероидных противовоспалительных средств НПВС (парацетамол, ортофен), позволяющие также избежать неблагоприятного влияния наркотических анальгетиков (угнетение сознания и дыхания), особо опасных в этой группе пациентов.

Таким образом можно сделать выводы:

1. Современные возможности хирургии, анестезиологии и реаниматологии в онкологии позволяют проводить необходимое хирургическое лечение больных пожилого и старческого возраста при допустимой послеоперационной летальности.

2. Пожилой и старческий возраст пациента не должен быть причиной отказа от углубленного обследования с целью определения функциональной переносимости хирургического вмешательства.

3. Послеоперационные осложнения и послеоперационная летальность свидетельствуют, что больные пожилого и старческого возраста могут переносить весь спектр хирургических вмешательств с частотой хирургических осложнений, не превышающей общепопуляционную.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буянов В.М., Перминова Г.И., Шестаков И.Ю. Особенности хирургической тактики у больных пожилого и старческого возраста. *Клин. хирургия*. 1985; 5: 33.
2. Гальдемани Г. Проблемы кровообращения и анестезии в гериатрии: Пер. с нем. М.: Медицина; 1981. 67-87.
3. Егоров Д.И., Кулакова Н. Ф. Результаты оперативного лечения больных пожилого и старческого возраста. Саранск; 1990. 48.
4. Коркушко О.В. Клиническая кардиология в гериатрии. М.; 1980. 56-89.
5. Коркушко О.В. Неспецифические заболевания легких в гериатрической практике. Киев; 1984. 23-80.
6. Коркушко О.В. Сердечно-сосудистая система и возраст. М.: Медицина; 1983. 13-65.
7. Коркушко О.В., Чеботарева Д.Ф., Калиновская Е.Г. Гериатрия в терапевтической практике. Киев: Здоров'я; 1993. 23-36.
8. Калиновская Е.Г. Функциональное состояние почек при старении: Дис... д-ра мед. наук. Киев; 1972. 28.
9. Кирпичникова Г.И., Неверов В.А., Ремезов А.П. Иммуноцитет, иммунодефициты, иммуно-ориентированная терапия. Пособие для врачей. С.-Пб.; 1997. 6-32.
10. Кузин М.И., Адамин А.А. Хирургические проблемы гериатрии. *Клин. мед.* 1984; 12. 61-67.
11. Левкова Н.А. Морфологические основы сердечной недостаточности в пожилом и старческом возрасте. М.; 1974. 23-46.
12. Лесков В.П., Чередеев А.К., Горлина Н.К. и др. Клиническая иммунология для врачей. М.: Фармарус-Принт; 1997. 125.
13. Липовецкий Б.М., Плавинская С.И., Ильина Г.Н. Возраст и функция сердечно-сосудистой системы. Л.; 1988. 32-87.
14. Лиет В. Анестезия у пожилых больных. Курс лекций 4-го и 5-го Конгрессов европейского общества анестезиологов «Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии»: Пер. с англ. Выпуск 5. Архангельск, Тромсе; 1998. 67-70.
15. Морган Дж., Михаил М.С. *Клин. анестезиол.* Пер. с англ. С.-Пб.: Бином — Невский Диалект; 2000. Т. 2. 366.
16. Петров Р.В. Иммунология. М.: Медицина; 1987. 39-45.
17. Соловьева И.Г. Клинико-иммунологические особенности раннего послеоперационного периода у больных раком желудка с разным уровнем симпатической активности: Дис. ... канд. мед. наук. М.; 2003. 34.
18. Справочник по диагностике и лечению заболеваний у пожилых. Под ред. Л.И. Дворецкого, Л.Б. Лазебника. М.: Новая волна; 2000. 236-287.
19. Справочник по онкологии. Под ред. Н.Н. Трапезникова, И.В. Поддубной. М.: Каппа; 1996. 76-77.
20. Craig B.D. Summary of Geriatric Anaesthesia. *Can. J. Anaesth.* 1987; 34: 156-167.
21. Davenport H.T. Anesthesia for the geriatric patient. *Can. Anaesth. Soc. J.* 1983; 3: 551-555.
22. Evans T.T. The physiological basis of geriatric anaesthesia. *Anaesth. Intensive Care.* 1973; 1: 319-322.
23. Mangano D.T., Browner W.S., Hollenderg M. et al. Association of perioperative myocardial ischemia with cardiac morbidity and mortality in men undergoing non-cardiac surgery. *New Engl. J. Med.* 1990; 323: 1781-1787.
24. Mangano D.T., Siliciano D., Hollenberg M. et al. Postoperative myocardial ischemia. *Anesthesiology* 1992; 76: 342-353.
25. Metzler H., Mahla E., Rotman B. et al. Postoperative myocardial ischemia in patients with recent myocardial infarction. *Brit. J. Anaesth.* 1991; 67: 317-319.
26. Rao T.L.K., Jacobs K.H., El-Etr A.A. Reinfarction following anesthesia in patients with myocardial infarction. *Anesthesiology* 1983; 59: 499-505.
27. Wildsmith J.A.W., Brown D.T., Paul D. et al. Structure-activity relationships in differential nerve block at high and low frequency stimulation. *Brit. J. Anaesth.* 1989; 63: 444-452.

Поступила 30.08.2007

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 616 – 006.6 – 0091

**ЛИЧНОСТНЫЕ РЕАКЦИИ
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

И.М. Шестопалова, Г.А. Ткаченко

РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Ключевые слова: онкологический больной, пожилой возраст
Key words: aged, oncology patients

Период жизни человека после 60 лет большинство исследователей называют периодом поздней взрослости (геронтогенез), или периодом старения. Как известно, данный период подразделяется на пожилой, старческий возраст и долгожителей [4]. В демографической структуре населения России доля лиц этого возраста в 2000 г. составила 17,8% [5].

Главной особенностью этого периода является старение – генетически запрограммированный процесс, сопровождающийся определенными физиологическими и психологическими изменениями [2]. В этот период жизни учащаются соматические заболевания, что обусловлено износом организма у пожилых. В старости увеличивается и психическая нагрузка с одновременным снижением способности компенсировать стресс. Наряду с этим происходят изменения различных подструктур психики, эмоциональной сферы, меняется структура самосознания. Усиливается ригидность психических процессов, происходит неконтролируемое повышение аффективных реакций, наблюдается преобладание интрапунитивных личностных реакций, наличие подавленных, неотреагированных эмоций.

Диагноз онкологической патологии является сильнейшим стрессом для человека любого возраста, поскольку в сознании понятие «опухоль» звучит как синоним обреченности и близкой

кончины. Диагноз или подозрение на наличие злокачественной опухоли вызывают страх, тревогу, связанные с боязнью боли, неопределенностью будущего, изменением социально-активной роли. Заболевание ограничивает социальную адаптацию пациента, прежде всего за счет нарушения личностно-средового взаимодействия и изменений системы отношений личности в связи с болезнью [1,3] (Л.И. Вассерман, 1990 и др.).

Знание личностных психологических особенностей реагирования пациентов пожилого и старческого возраста со злокачественной патологией приобретает особую актуальность, так как наличие тяжелых сопутствующих заболеваний, снижение функциональных и адаптационно-компенсаторных возможностей организма значительно суживает показания к комплексной противоопухолевой терапии, ведет к ограничению объема оперативного вмешательства. Важно является и то, что многие пациенты со сходным клиническим состоянием, не имеющие существенных отличий в показателях функции разных систем, различно реагируют на одинаковые схемы лечения и, что особенно важно, отличаются по срокам реабилитации в послеоперационном периоде, послеоперационными осложнениями.

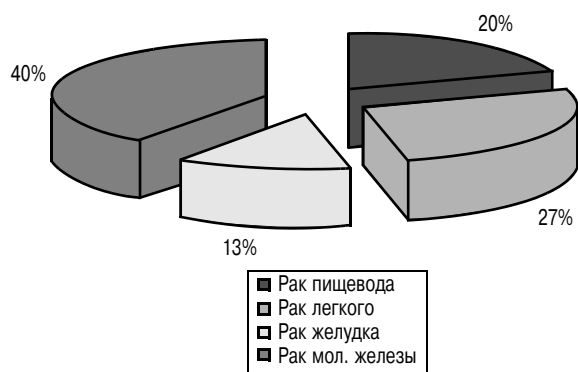


Рис. 1. Распределение больных по локализации опухолевого процесса.

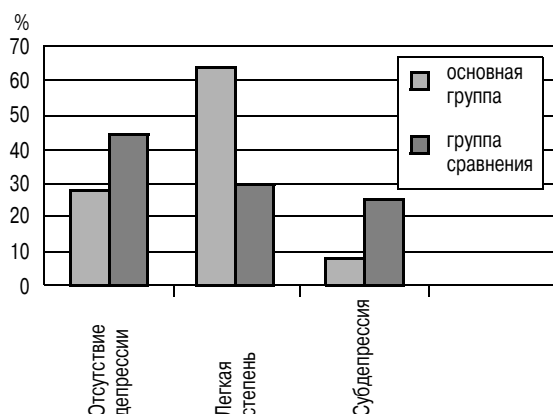


Рис. 2. Выраженность депрессии в группах.

Обследованы 45 пациентов со злокачественными опухолями различной локализации (рис. 1).

Основную группу составили больные от 60 до 80 лет. В группу сравнения вошли пациенты моложе 60 лет, не отличавшиеся от пациентов основной группы, с той же онкологической и сопутствующей патологией и продолжительностью заболевания (таблица).

При обследовании больных были использованы психологические методики по изучению эмоционального состояния во время обследования, а также более стабильных эмоциональных черт, особенностей эмоционального реагирования и связанных с этим личностных свойств: ММРІ (сокращенный вариант), методика диагностики депрессивного состояния Цунга, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

По данным методики Цунга, депрессия отмечена в основной группе и группе сравнения примерно одинаково часто — соответственно у 16 (64%) и 12 (60%) пациентов на доопераци-

онном этапе. В то же время выраженность депрессивного состояния в группах достоверно различалась: у пациентов пожилого возраста — легкая депрессия, тогда как в группе сравнения отмечено отсутствие депрессии или субдепрессии (рис. 2).

Депрессивное состояние пациентов пожилого и старческого возраста имеет стертые клинические проявления, что препятствует диагностике и своевременному лечению. Основными симптомами депрессии являются жалобы на сниженное настроение, общую слабость, отсутствие энергии, болезненные ощущения, которые пациенты и врачи-клиницисты связывают либо с онкологическим, либо с сопутствующим заболеванием (гипертоническая болезнь, ИБС и др.), отсутствием уверенности в благоприятном исходе лечения, потере интереса к происходящему (часто лечение продолжается по требованию родственников). У женщин депрессивное состояние более выражено, чем у мужчин.

В послеоперационном периоде достоверное усиление депрессии происходит в обеих группах за счет трансформации астенического синдрома. И ведущим в этом периоде становится астено-депрессивный синдром у 60% больных.

У пациентов с психастеническими чертами в послеоперационном периоде основным становится тревожно-депрессивный синдром, отмеченный у 26,7% больных. Важным фактором у них является более длительный госпитальный период реабилитации, хотя зачастую без осложнений, так как они предъявляют немногочисленные, но упорные жалобы по поводу своего здоровья.

При исследовании по методике HADS уровень тревоги у больных обеих групп до операции был достоверно более высоким ($p < 0,05$) в сравнении с послеоперационным периодом, что

Характеристика пациентов обеих групп

Характеристика	Группа	
	Основная	Сравнения
Мужчины/женщины	8/17	9/11
Возраст, годы	67,23 ± 4,53	54,65 ± 3,12
Образование: высшее/среднее	11/14	9/11

свидетельствует о напряженности механизмов психологической защиты и срыве социально-психологической адаптации. В послеоперационном периоде уровень тревоги повышается при наличии астенических нарушений.

Личность больных исследовали по методике ММРІ. В основной группе пациентов отмечалось незначительное повышение по шкалам: ипохондрия (1), депрессия (2), эмоциональная лабильность (3), психастения (7) и снижение по шкале гипомания (9). По данным литературы, сниженное настроение, апатия, пассивность и более низкая активность, — специфические особенности пожилого человека. Повышение по шкале депрессия (2) и понижение по шкале гипомания (9) свидетельствуют о депрессивной тенденции, снижении энергичности, что укладывается в особенности поведения пациентов данного возраста. Повышение значений по шкале истерия (3) свидетельствует об эмоциональной неустойчивости, лабильности, связанной с вытеснением травмирующих переживаний. Повышение значений по шкале психастения (7) в дооперационном периоде свидетельствует о тревоге и сомнениях, которые обусловлены предстоящей операцией. Те же значения шкалы или

их увеличение в послеоперационном периоде обусловлены длительностью и тяжестью реабилитации после оперативного лечения. В группе сравнения, за исключением шкалы ипохондрия (1), достоверных различий не выявлено.

Таким образом, основные типы реакций онкологических больных пожилого и старческого возраста в зависимости от их индивидуальных особенностей являются смешанными: депрессия в сочетании с повышенной тревожностью или эмоциональной лабильностью. Ведущими психопатологическими синдромами в послеоперационном периоде являются астенодепрессивный и тревожно-депрессивный.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М.: Медицина; 1985.
2. Малкина-Пых И.Г. Кризисы пожилого возраста. М.: Эксмо; 2005.
3. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: МГУ; 1987.
4. Реан А.А. Психология среднего возраста, старения, смерти. СПб.: Прайм-Еврознак; 2003.
5. Шевченко Ю.А. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2000 году. Здоровоохранение РФ. 2002; 1: 3-9.

Поступила 20.10.2006

ВНИМАНИЕ! ВПЕРВЫЕ УНИКАЛЬНОЕ ИЗДАНИЕ

НАСТОЛЬНАЯ КНИГА ДЛЯ ГЕМАТОЛОГА, ОНКОЛОГА И ПАТОЛОГА!



АТЛАС ОПУХОЛИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

Под редакцией А.И. Воробьева
и А.М. Кременецкой

Издательство «НьюДиамед»
2007 г.

Уникальное фундаментальное издание отражающее новейшие достижения в гематологии.

В книге рассматриваются закономерности опухолевой прогрессии гемобластозов; современное представление о строении лимфатической системы и дифференцировании лимфоцитов; описаны современные диагностические методы.

Огромное количество хорошо выполненных высококачественных фотографий и микрофотографий, рисунков и схем делает Атлас незаменимой настольной книгой для врачей широкого круга лечебных специальностей: гематологов, онкологов, терапевтов, а также специалистов в области морфологии, гистологии, цитологии.

Широко представлены различные нозологические формы лимфатических опухолей. Кратко дается характеристика современных высокоэффективных методов лечения.

НАРУШЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПОЖИЛЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

И.Н. Шакирова, И.М. Шестопалова

РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Ключевые слова: онкологические больные, пожилой возраст, нервная система, нарушения
Key words: oncology patients, aged, neuroticism

Большинство онкологических больных — это лица пожилого возраста. Как правило они страдают многочисленными хроническими заболеваниями и требуют особого внимания. Среди неврологической патологии у пожилых наиболее часто встречаются острые и хронические цереброваскулярные заболевания, деменция различной этиологии, экстрапирамидные и психовегетативные нарушения. Нередко пациенты страдают herpes zoster, у них наблюдаются другие хронические болевые синдромы, включая вертеброгенные, дисметаболическая энцефалопатия, нейропатии различной этиологии и др. [1,3]. Все это затрудняет противоопухолевое лечение и повышает риск осложнений.

По мнению L. Balducci и M. Extermann [4], тактика ведения пожилых больных со злокачественной опухолью зависит от решения 2 основных вопросов:

- ухудшит ли онкологическое заболевание продолжительность и качество жизни пациента;
- не приведет ли лечение опухоли к тяжелым осложнениям или летальному исходу.

Пожилые пациенты одного календарного возраста, как правило, существенно отличаются по своей физической форме, состоянию здоровья и ментальному статусу. В. Горбунова и Н. Бесова [2], считают, что основную роль при выборе противоопухолевого лечения должен играть не календарный, а биологический возраст пациента, более точно отражающий его индивидуальность.

Кратко остановимся на нескольких аспектах неврологических нарушений у пожилых. Это, прежде всего, острое и хроническое нарушение мозгового кровообращения, синкопальные состояния, падения, свойственные пожилым пациентам, и болевые синдромы.

По данным литературы, частота *острого нарушения мозгового кровообращения* у людей старше 60 лет в 17 раз выше, чем у более молодых, при этом заболеваемость и смертность в каждом последующем возрастном десятилетии в 2–5 раз выше по сравнению с предыдущим (Шмидт Е., 1980; Виленский Б., 1995). Факторами риска инсульта являются артериальная гипертензия, сахарный диабет, кардиальная патология, в частности фибрилляция предсердий и другие аритмии, нарушения системы гемостаза. С возрастом их комплексное значение увеличивается. У пожилых часто возникают транзиторные ишемические атаки — нередкие предвестники острого нарушения мозгового кровообращения и инфаркта миокарда. Они обусловлены микроэмболией и системными гемодинамическими расстройствами. Последние могут быть связаны с сочетанным стенозирующим процессом в нескольких магистральных артериях, когда кровоснабжение головного мозга поддерживается за счет коллатералей из разных сосудистых бассейнов. При этом преходящие изменения системного кровообращения на фоне нарушения механизмов ауторегуляции мозгового кровообращения приводят к срыву и без того неустойчивой компенсации. Видимо, это и объ-

яняет у пожилых легкость возникновения церебральных сосудистых нарушений и одновременно их нередко благополучный исход даже при тяжелом начале нарушения. Следует учитывать, что по сравнению с молодыми у пожилых инсульт чаще развивается подостро [1].

Возможности лекарственного лечения пожилых в остром периоде ишемического инсульта ограничены. Это касается, прежде всего, антикоагулянтов, так как их применение в этом возрасте увеличивает частоту церебральных геморрагических осложнений и летального исхода. Лечение острого нарушения мозгового кровообращения у пожилых должно обеспечить нормальное состояние сердечно-сосудистой системы и метаболизма, улучшить реологические свойства крови. Для этого назначают антиагреганты, ноотропы, антиоксиданты. Обязательна и профилактика ранних соматических осложнений.

Дифференциальный диагноз ОНМК у пожилых онкологических больных проводят, прежде всего, с объемными процессами: метастатической опухолью и спонтанной ограниченной мозговой гематомой. Учитывая специфическую для старческого возраста проблему падений, следует помнить, что у пожилых людей подбололочная гематома может возникнуть даже после нетяжелых травм. При этом пациенты часто забывают сам факт травмы. Субдуральная гематома может проявиться подострым нарушением психики, расстройством походки, эпилептиками. Клиническая картина метастатической опухоли у ряда больных аналогична, поэтому пациентам обязательна магнитно-резонансная томография головного мозга. Возможности компьютерной томографии ограничены, так как она не всегда позволяет определить плоскую подбололочную гематому, и у пожилых пациентов такую небольшую гематому обнаруживают только при патологоанатомическом исследовании.

Течение *хронической цереброваскулярной недостаточности* (дисциркуляторной энцефалопатии) в пожилом возрасте также имеет свои особенности. По данным И.В. Дамулина [3], большинство пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией — это люди старше 60 лет. В тяжелой ее стадии у них возможно сочетание нескольких симптомокомплексов: пирамидного, псевдобульбарного, атактического, амиостати-

ческого, дисмнестического, дементного. С нарастанием тяжести неврологических нарушений и возраста больных наблюдаются более значительные атеросклеротические изменения отдельных сосудов (окклюзия, стеноз) и множественность их поражения. Прогрессирование цереброваскулярной недостаточности во многом обусловлено снижением функциональных компенсаторных резервов внутричерепной сосудистой системы, в частности уменьшением возможности перетока крови из одной сосудистой системы в другую. Эпизоды острого нарушения мозгового кровообращения усугубляют неврологическую симптоматику, особенно у больных дисциркуляторной энцефалопатией старше 70 лет. Особо неблагоприятны повторные нарушения в разных сосудистых бассейнах.

Терапевтические возможности при дисциркуляторной энцефалопатии II–III стадии у пожилых также ограничены. При выраженных атеросклеротических и иных возрастных изменениях сосудистой стенки назначение сосудорасширяющих препаратов нецелесообразно, так как (по данным экстракраниальной и транскраниальной доплерографии) они существенно не изменяют кровоток. Этим пациентам рекомендуют препараты, улучшающие обменные процессы в головном мозге (ноотропы и средства метаболического действия). Следует отметить, что состояние больных нередко становится лучше при приеме препаратов, нормализующих системное кровообращение, вязкость крови и агрегацию форменных элементов.

Синкопальные состояния у пожилых людей часто обуславливаются сочетанием нескольких соматических и неврологических заболеваний. Это аортальный стеноз, гипертрофическая кардиомиопатия, поражение аортальных клапанов, нарушение сердечного ритма, инфаркт миокарда, недостаточность синусового узла, синдром гипервозбудимости каротидного синуса, ортостатическая гипотензия, хроническая сосудистая мозговая недостаточность, гиповолемия, гипоксия, гипогликемия, вазовагальная реакция.

Синокаротидные обмороки нередко наблюдаются у пожилых мужчин, страдающих атеросклерозом. Они обусловлены раздражением каротидного синуса при движениях головой, наклонах головы назад, массаже этой зоны (во время

бритья). Имеет значение ношение тугого и жесткого воротничка, тугое завязывание галстука. У онкологических больных такие обмороки могут быть спровоцированы опухолью шеи. Раздражение каротидного синуса усиливает импульсацию, поступающую в продолговатый мозг по нерву Геринга. Это сопровождается рефлекторным замедлением сердечного ритма, падением артериального давления и, возможно, расстройством кровообращения в ипсилатеральном полушарии головного мозга.

У пожилых мужчин наблюдаются и полифакторные никтурические обмороки. Они развиваются после или во время мочеиспускания и обусловлены активацией вагусных влияний и артериальной гипотензией в результате опорожнения мочевого пузыря, активацией барорефлексов на фоне задержки дыхания и натуживания, разгибательной установкой туловища, затрудняющей возврат крови к сердцу. В ночное время имеет значение и вставание с постели, которое, по существу, является ортостатической нагрузкой.

Синдром постуральной гипотензии часто отмечается у пожилых и нередко бывает причиной обмороков. Его диагностируют в тех случаях, когда при переходе из горизонтального положения в вертикальное артериальное давление снижается более чем на 20 мм рт. ст. Основные факторы риска — прием диуретиков, гипотензивных препаратов, транквилизаторов, нейролептиков, антидепрессантов, препаратов леводопы, длительный постельный режим и ограниченная двигательная активность, обильная еда, сердечная недостаточность, анемия, гипотиреоз, гиповитаминоз, диабетическая полинейропатия, миелопатия, паркинсонизм. В отличие от молодых пациентов, лечение пожилых с данным синдромом следует начинать с немедикаментозных средств: регулярной дозированной физической нагрузки, ношения компрессионных чулок, рекомендовать сон на высокой подушке, частый прием пищи небольшого объема. Фармакотерапию проводят с учетом ее переносимости, сниженной у пожилых больных.

Специфическая проблема пожилых — *падения*, от них страдают около 30% людей в возрасте старше 70 лет, у половины из них падения возникают неоднократно. Причина падения раз-

лична. Это нарушения зрения, слуха, вестибулярные и мозжечковые расстройства, заболевания периферических нервов, спинного мозга с нарушением функции проприоцептивных систем, патология мышц, суставов, их деформация. Нарушения равновесия в покое и при ходьбе отмечают 15% пожилых. В возрасте 65–75 лет у женщин падения наблюдаются в 2 раза чаще, чем у мужчин.

Неустойчивость при ходьбе может быть связана с нарушением согласованности в переработке информации от зрительного, вестибулярного анализаторов и афферентных проприоцептивных систем. Она может усиливаться при тревожно-депрессивном состоянии. Факторами риска неустойчивости являются прием психотропных препаратов, диуретиков, антиконвульсантов, противоаритмических средств, наличие соматических и неврологических заболеваний (паркинсонизм, хроническая сосудистая мозговая недостаточность, миелопатия, полинейропатия, ИБС, остеохондроз, остеопороз позвоночника, артроз, артрит, периферическая вегетативная недостаточность). Кроме лечения указанных заболеваний, необходимо устранять факторы, вызывающие нарушения равновесия и падения, в частности плохое освещение, скользкий пол, толстые ковры, узкие проходы, крутые лестницы, неудобную обувь и др., рекомендовать больным избегать резких поворотов головы, запрокидывания головы и при необходимости провести медикаментозную коррекцию нарушений.

Болевой синдром у пожилых также имеет свои особенности. В пожилом возрасте боль встречается чаще, чем у молодых. Кроме соматических и неврологических заболеваний среди причин острой и хронической боли следует выделить психические расстройства, в частности деменцию, когда у больного нарушается адекватная оценка причины неблагополучия и субъективная оценка болевых проявлений. Пожилые люди нередко болью считают другие состояния: ощущение тяжести, слабости и др. Чаще причиной боли у пожилых является поражение периферической нервной системы (невралгия тройничного нерва, постгерпетическая невралгия, туннельные и дисметаболические невропатии с болевым и дизестезическим компонентом), немигренозная сосудистая головная боль,

головная боль напряжения (психогенная боль), скелетно-мышечные нарушения (вертеброгенная и миофасциальная невралгия, остеопороз, распространенный остеоартроз, в том числе суставов позвоночника). В ряде случаев сосудистая головная боль может быть обусловлена лекарственными препаратами, которые пожилые применяют в большом количестве (например, нитраты). Необходимо постоянно дифференцировать эти нарушения от боли, обусловленной метастазами.

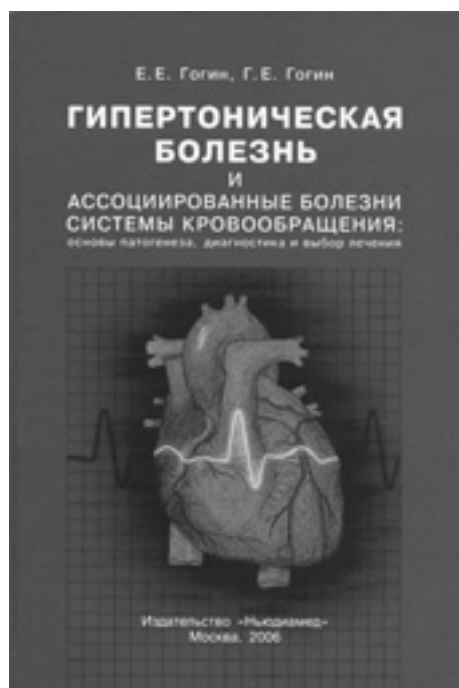
Фармакотерапия болевого синдрома включает несколько основных групп препаратов: нестероидные противовоспалительные средства, трициклические антидепрессанты, противосудорожные средства (дифенин, тегретол, клоназепам), нейролептики. Дозы и комбинации препаратов зависят от возраста, соматического и психического статуса пациента. Желательно начинать лечение с небольшой дозы одного из нестероидных противовоспалительных препаратов и при необходимости постепенно ее повышать.

В настоящее время во всем мире активировался поиск оптимальной тактики лечения рака у пожилых. Это касается не только консервативных методов воздействия, но и повышения хирургической активности. Знание особенностей неврологических нарушений у пожилых пациентов помогут онкологам избежать осложнений противоопухолевого лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болезни нервной системы: Руководство для врачей. Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. М: Медицина; 2001.
2. Горбунова В., Бесова Н. Проблемы химиотерапии пожилых больных. «Особенности лечения рака у пожилых людей». Материалы симпозиума на VI Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» 19-23 апреля 1999. М.; 1999. 1-7.
3. Дамулин И.В. Дисциркуляторная энцефалопатия. Дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1998.
4. Balducci L., Extermann M. Cancer Chemotherapy in the older patient. Cancer. 1997; 80: 1317.
5. Yancik R., Ries L. Cancer in the aged: an epidemiologic perspective on treatment issues. Cancer, 1991; 68: 2502.

Поступила 20.10 2006



ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И АССОЦИИРОВАННЫЕ БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ: ОСНОВЫ ПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИКА И выбор лечения

Е.Е. Гогин, Г.Е. Гогин

Издательство «НьюДиамед», 2006 г.

В книге на основе многолетнего клинического опыта рассмотрены особенности течения гипертонической болезни — «эссенциальной» гипертонии, вариабельной и изменчивой, но нозологически единой и патогенетически обособленной, освещен вклад отечественных терапевтических школ в изучение гипертонической болезни, проанализированы мировые достижения в разработке стандартов диагностики и лечения, успехи популяционной стратегии, обеспечившей ограничение пандемии артериальной гипертонии, развитие активных методов помощи при сопутствующей ей ишемической болезни и снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в социально стабильных странах. Рассмотрены возможности эхокардиографии в объективизации изменений сердца и задачи раннего установления симптоматических (монопатогенетических) гипертоний. Большое место в книге отведено лечению гипертонической болезни — стандартному гипотензивному и индивидуально оптимизированному в соответствии со стадией и проявлениями болезни, сочетающему базисную патогенетическую терапию с курсо-

вой симптоматической, которые обеспечивают вторичную профилактику осложнений.

Книга предназначена терапевтам, кардиологам, студентам и преподавателям медицинских вузов и биологических факультетов университетов

ВОПРОСЫ ГЕРОНТОЛОГИИ В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ

С.О. Никогосян, В.В. Кузнецов, Т.М. Шаталова, Л.Т. Мамедова,
Б.Г. Нуммаев, А.И. Лебедев

РОИЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Ключевые слова: пожилой и старческий возраст, онкогинекология, новообразования половых органов, лучевая терапия, хирургическое лечение

Key words: aged, oncogynecology, treatment radiation, surgical treatment, determinants of cancer therapy in elderly patients

Новообразования половых органов занимают 4-е место в структуре заболеваемости злокачественными опухолями у женщин, уступая раку молочной железы, легкого и ободочной кишки. В 2004 г. смертность от онкогинекологических заболеваний (мировой стандарт) составляла 16,1 на 100 000 женщин [1]. Самая высокая смертность наблюдается при раке яичников (50–65%), притом, что злокачественные опухоли яичников занимают 4-е место в структуре онкологических заболеваний женской репродуктивной системы. Пятилетняя выживаемость больных при раке яичников не превышает 35%, аналогичный показатель у больных раком молочной железы составляет 84%, эндометрия – 75% и шейки матки – 71%. Отдаленные результаты лечения онкогинекологических больных во многом зависят от своевременной диагностики и адекватности лечения. Общепризнанным является комбинированный метод лечения. Для больных раком яичников он подразумевает сочетание хирургического вмешательства с химиотерапией, а для больных раком наружных половых органов, шейки матки и эндометрия – сочетание операции с лучевой терапией. В некоторых случаях, когда речь идет о распространенном опухолевом процессе, проводится комплексное лечение с применением всех трех ведущих методов специального лечения.

Хирургическое вмешательство является ведущим методом лечения больных раком женс-

ких половых органов. Оно выполняется как на ранних стадиях в качестве самостоятельного метода лечения, так и на поздних стадиях болезни как основной этап комбинированного или комплексного лечения. Целью операции является интраоперационная диагностика опухоли, уточнение степени ее распространенности, т. е. стадии, а также удаление пораженного органа и анатомических структур, по которым осуществляется регионарное метастазирование.

Стандартной операцией при раке яичников включает экстирпацию матки с придатками и удаление большого сальника, при раке шейки матки и эндометрия – экстирпацию матки с придатками, при необходимости – удаление тазовых (подвздошных, obturatorных) лимфатических узлов. При распространенном раке яичников и эндометрия хирургическое лечение больных подразумевает выполнение циторедуктивных операций, суть которых заключается в удалении опухолевых масс в максимальном объеме. Эти операции не носят радикальный характер, тем не менее оправданы, поскольку создают возможность для лучшей реализации противоопухолевого воздействия предстоящей химиотерапии и (или) лучевой терапии.

В ряде случаев больным выполняются паллиативные операции. Отказ от операции у больных с новообразованиями женских половых органов оправдан, когда риск летального исхода во время и после операции превышает риск

смерти от рака. В первую очередь это относится к больным с генерализованным или распространенным опухолевым процессом пожилого возраста или при наличии серьезной соматической патологии. В этих случаях специфическое лечение больных осуществляется лучевой либо химиотерапией как самостоятельными методами лечения, либо различным сочетанием этих методов лечения.

Важной составляющей комбинированного лечения больных является химиотерапия. Лекарственная терапия больных раком вульвы, шейки матки, эндометрия, яичников проводится с использованием современных цитостатиков. Широко применяются производные платины, таксанов и антрациклинов, блеомицина, гемцитабина, этопозида, топотекана, алтретамина, циклофосфана и др. Эти препараты имеют высокую эффективность, повреждают злокачественные клетки путем воздействия на ключевые звенья метаболизма злокачественных клеток, дают цитостатический и цитотоксический эффект. Обладая подобными свойствами, противоопухолевые препараты, оказывают отрицательное воздействие и на функцию практически всех органов, тканей и различных систем организма. Они вызывают миелодепрессию, анемию, лейкопению, тромбоцитопению, коагулопатию, снижение или нарушение функции нервной системы, миокарда и почек, дистрофические изменения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта и др. В целом эти нарушения наблюдаются у большинства больных. В связи с высокой степенью токсичности, угрожающей жизни больной, в 5–10% наблюдений химиотерапия прекращается или вовсе не проводится.

Подобно противоопухолевым лекарствам, лучевая терапия также дает побочные эффекты, что выражается нарушением трофики тканей и (или) органов, которые находятся в поле облучения, костного мозга, мочеполовой и желудочно-кишечной систем. Нередки и нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы и других органов.

Таким образом, лечение злокачественных новообразований женских половых органов требует выполнения объемных операций, проведения химиотерапии и (или) радиотерапии. При планировании лечения больных учитываются локализация и гистологическая структура опухоли и главным образом стадия заболевания. Вместе с тем важным фактором является воз-

раст больной, поскольку он определяет функциональное состояние организма, наличие сопутствующих заболеваний. Последние определяют риск возникновения хирургических осложнений, ограничения или даже противопоказания к тому или иному методу лечения.

Обострение сопутствующей патологии, тромботические, гнойно-септические осложнения, кровотечение во время или после операции, миелодепрессия, анемия, лейкопения, тромбоцитопения, коагулопатия, снижение или нарушение функции миокарда и почек, дистрофические изменения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта и др. на фоне лучевой и химиотерапии зачастую становятся противопоказанием и для применения специфических методов лечения у больных пожилого и старческого возраста. Даже в настоящее время нередки случаи, когда больную в возрасте 60 лет и старше поспешно относят к категории инкурабельных пациенток, не предпринимая адекватных лечебных мер.

Вопрос о лечении рака половых органов у женщин пожилого возраста занимает особое место в клинической онкологической гинекологии [2,3,8,11]. За последние 15 лет достигнуты определенные успехи в анестезиологии и реанимации. Внедрены новые поколения обезболивающих препаратов, миорелаксантов, кардиотропных, антибактериальных препаратов, низкомолекулярные антикоагулянты и т. п. Это позволило расширить возможности комбинированного лечения, и в частности расширенных хирургических вмешательств.

Следует отметить, что за последние годы в мире и нашей стране произошли значительные демографические изменения. По данным ВОЗ, продолжительность жизни населения планеты увеличилась. В 1991 г. в экономически развитых странах мира она составила 73 года у мужчин и 81 год у женщин. По прогнозам специалистов к 2020 г. продолжительность жизни мужчин составит в среднем 78, а женщин — 90 лет [10]. Наряду с этим, отмечен рост удельного веса лиц пожилого и старческого возраста по сравнению с группой людей среднего и молодого возраста. Если в 1990 г. число лиц старше 65 лет составило 9% от общего количества жителей в мировой популяции, то к 2030 г. ожидается рост этого показателя до 16% [10].

Изменение демографической структуры населения, как и следовало полагать, во многом

определяет частоту и характер различных заболеваний [1,2,5]. Эпидемиологическими исследованиями установлено, что у лиц пожилого возраста основной причиной смерти являются заболевания сердечно-сосудистой системы и злокачественные новообразования.

При этом тенденция старения наблюдается и у женщин со злокачественными новообразованиями половых органов. Эпидемиологические исследования показывают, что пик заболеваемости опухолями женских половых органов приходится на 60–70 лет. При планировании лечения этого контингента больных учитываются два важных момента: 1) прогноз онкологического заболевания (продолжительность и качество жизни данной пациентки) без специального лечения, 2) степень риска летального исхода или тяжелых осложнений от различных методов.

Таким образом, улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения, а также качества жизни больных пожилого и старческого возраста является актуальным разделом современной клинической онкогинекологии. Эта задача решается путем изучения особенностей клинического течения, выявления факторов прогноза и условий, влияющих на выбор адекватного лечения у этой категории больных.

В гинекологической клинике РОНЦ с начала 1990 г. изучают особенности клинического течения, разрабатывают адекватные лечебные мероприятия рака яичников, шейки матки и вульвы у женщин пожилого и старческого возраста [4,5].

В исследование было включено 457 больных с морфологически верифицированным раком яичников, лечение которых проводилось в 1990–1999 гг. Из них 304 женщины в возрасте 60 лет и старше, а 153 – моложе 45 лет. Жалобы больных старших возрастных групп отражали все признаки онкологического заболевания, включая интоксикацию, различные нарушения функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также метаболизма, что указывало на запущенность опухолевого процесса. Установлено, что у больных старше 60 лет в 3–5 раз чаще, чем у молодых пациенток, наблюдались сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, печени и желчных путей, почек и мочевых путей, эндокринно-обменные нарушения, коагулопатия. Более того, указанные нарушения у женщин пожилого возраста имели выра-

женную клиническую картину. Наряду с этим, в 93% случаев клинические проявления основного заболевания у больных старших возрастных групп нивелировались интеркуррентными заболеваниями.

У больных раком яичников пожилого и старческого возраста по сравнению с больными моложе 45 лет преобладали III и IV стадии (81,9 против 71,9%). При этом IV стадия заболевания у пожилых больных отмечена 34 против 19,6% у молодых пациенток. Отдаленные метастазы выявлены в 2 раза чаще у более пожилых пациенток (соответственно 43,7 и 24,6%), чем у больных до 45 лет.

В виду наличия указанных нарушений и высокого риска интра- и (или) послеоперационных осложнений у 17,4% больных пожилого возраста проводилась только химиотерапия. Следует отметить, что подобный подход к лечению был выбран только у 3,3% больных моложе 45 лет.

Комбинированное лечение проведено в 76,6% случаев заболеваний у больных раком яичников пожилого и старческого возраста и в 94,1% у молодых пациенток. Независимо от возраста у 80% женщин лечение было начато с хирургического вмешательства и лишь 20% до операции проводили неоадьювантную химиотерапию (20,7% пожилых и 19,6% молодых женщин).

У большинства больных независимо от возраста хирургическое вмешательство выполнено в стандартном объеме (пангистерэктомия и удаление большого сальника). При этом у 52,2% пожилых и у 64,2% молодых пациенток операция расценивалась как радикальная, в остальных случаях носила циторедуктивный характер. Комбинированные и (или) расширенные операции, когда помимо основного этапа операции выполнялась также резекция смежных органов и (или) лимфаденэктомия, чаще выполнялись у больных моложе 45 лет (соответственно 16,2 и 3,6%).

К самым частым осложнениям после хирургического лечения у больных раком яичников пожилого возраста относятся: обострение хронических соматических заболеваний (39%), нарушение функции сердечно-сосудистой (28,3%), дыхательной (13,5%) и мочевыводящей систем (11,1%). Гнойно-септические и тромботические осложнения отмечены соответственно в 14,3 и 19% случаев. Смерть от осложнений хирурги-

ческого лечения наступила у 3,6% больных. Кроме того, послеоперационные осложнения в виде кровотечений, тромбозов, анемии или тромбоцитопении, коагулопатии, почечной или печеночной недостаточности наблюдались 2–3 раза чаще у больных после неoadъювантной химиотерапии.

Таким образом, исследования показали, что возраст не должен влиять на радикальность хирургического лечения и что в операбельных случаях комбинированное лечение рака яичников у пожилых больных следует начинать с операции, так как частота послеоперационных осложнений у этой категории женщин почти в 3 раза выше после неадъювантной химиотерапии.

Современная лекарственная терапия рака яичников предполагает полихимиотерапию, включающую производные платины, циклофосфана, таксанов и антрациклинов, гемзар. Стандартными являются схемы цисплатин + циклофосфан (CP), карбоплатин AUC-5-6 + циклофосфан (CC), таксотер + цисплатин (DP), таксол + карбоплатин AUC-5 (TC). Гемзар в монорежиме, схема циклофосфан + метотрексат + фторурацил (CMF) или циклофосфан + адриамицин + цисплатин (CAP) применяются сравнительно реже [24]. В нашей клинике чаще всего были использованы схемы, включающие в себя производные платины. Эти схемы применялись у 57,3% больных пожилого и 63,8% молодого возраста. При этом в старшей возрастной группе почти в 2 раза чаще был использован карбоплатин (соответственно 35,3 и 16,8%) и в почти в 30 раз чаще схема CMF (соответственно 28 и 1,3%). Наоборот, комбинации таксанов с производными платины в 2 раза чаще использовались для лечения молодых больных (соответственно 21,5 и 9,4%).

Нами установлено, что побочные эффекты химиотерапии типичны для всех больных независимо от возраста. Однако токсичность (гематологическая, неврологическая и нефрологическая) у больных пожилого возраста проявлялась в 1,5–2 раза чаще при применении современных схем химиотерапии (CP, CC, DP, TC и т. п.). При химиотерапии по схеме CMF наблюдалась только гематологическая токсичность I–II степени у 16% больных пожилого возраста. Наши исследования показали, что редукция терапевтических доз современных цитостатиков от стандартных на 10–15% у больных раком яичников пожилого и старческого возраста

улучшает переносимость лекарственной терапии и не снижает эффективность лечения в целом. Кроме того, у больных пожилого возраста допустимо применение карбоплатина в составе стандартных схем, поскольку он не уступает цисплатину или платидиаму по эффективности, в то же время карбоплатин менее токсичен по сравнению с остальными препаратами платинового ряда. Таким образом, при выборе химиопрепарата и схемы лечения рака яичников следует учитывать возраст и сопутствующую патологию.

Нами установлено, что отдаленные результаты у больных злокачественными опухолями яичников пожилого и старческого возраста значительно хуже, чем у больных моложе 45 лет. 5-летняя выживаемость составила соответственно 14 и 34,6%, а медиана выживаемости – $18,9 \pm 0,8$ и $40,9 \pm 2,2$ мес. Это объясняется тем, что при рецидивах рака яичников у больных пожилого возраста проведение специального лечения не представлялось возможным в 23,2% наблюдений. Этим больным проводилась только симптоматическая терапия.

Во второе исследование было включено 510 больных с морфологически верифицированным раком шейки матки. 259 больных – в возрасте 60 лет и старше, а 251 – моложе 45 лет.

Практически у всех пожилых больных раком шейки матки (96%) отмечены сопутствующие заболевания.

Из 259 женщин старше 60 лет I стадия заболевания установлена у 32,2%, II – у 42,5% и III – у 25,5%. У женщин моложе 45 лет I стадия рака шейки установлена у 34,7%, II – у 39,8% и III – у 25,5% больных. Очевидно, что в обеих возрастных группах встречалось практически равное число больных I, II и III стадиями. Проведенный анализ показал, что для больных раком шейки матки пожилого возраста характерной клинико-морфологической особенностью заболевания являются эндометриальная форма анатомического роста опухоли (40,5 и 27,9% у молодых) и более высокая частота метастазирования в регионарные лимфатические узлы (27,0 и 14,0%).

Всем пациенткам в зависимости от стадии заболевания и сопутствующей патологии было проведено хирургическое, лучевое или комбинированное лечение. В связи с серьезными нарушениями функции сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, желудочно-кишечного

тракта, печени и желчных путей, почек и мочевых путей, эндокринно-обменными нарушениями, коагулопатией предпочтение при выборе метода лечения рака шейки матки у больных пожилого и старческого возраста отдается лучевой терапии (69,9 против 36,5% у больных молодого возраста). Больные раком шейки матки старше 60 лет в 2 раза реже подвергались хирургическому лечению. Большинству больных моложе 45 лет практически с одинаковой частотой проводили как лучевую терапию (41,5%), так и комбинированное лечение (38,6%).

Основной схемой комбинированного лечения являлась операция с последующей лучевой терапией. В виду сопутствующих заболеваний и высокого риска осложнений у 50% оперированных больных старше 60 лет объем хирургического вмешательства был ограничен пангистерэктомией. Для сравнения у 92% больных молодого возраста основным видом операции была расширенная экстирпация матки с придатками по Вертгейму. В связи с меньшими объемами хирургических вмешательств у больных старше 60 лет осложнения возникали в 2 раза реже по сравнению с больными моложе 45 лет (соответственно 10,3 и 20%). Летальных исходов после хирургического лечения не было.

Частым осложнением у больных раком шейки пожилого возраста матки являлся перикюльтевой воспалительный инфильтрат. У молодых больных возникали такие осложнения, как образование ложных лимфатических кист (8%) или гематом (4%) в забрюшинном пространстве, лимфостаз нижних конечностей (6%).

После сочетанного лучевого лечения, независимо от возраста, чаще всего в качестве осложнений отмечены: радиоэпителит стенок влагалища (у пожилых — 33,1, молодых — 19,2%), энтероколит (у пожилых — 16,0, молодых — 8,7%), ректит (у пожилых — 14,4, молодых — 19,2%) и цистит (у пожилых — 12,2, молодых — 28,8%). В целом у больных старше 60 лет после комбинированного лечения осложнения возникали в 1,5 раза чаще, чем у больных моложе 45 лет.

Независимо от стадии заболевания 5-летняя выживаемость у больных раком шейки матки в 60 лет и старше составила $78,9 \pm 3,2$, у молодых — $89,3 \pm 2,6\%$.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о неблагоприятном прогнозе заболевания у больных раком шейки матки пожилого возраста по сравнению с молодыми. В то же время показатели 5-летней выживаемости свидетельствуют о положительных результатах лечения столь сложного контингента больных.

Из этого следует, что пожилой возраст больных не должен являться основанием для отказа от лечения в специализированных учреждениях. Они должны подвергаться углубленному обследованию с оценкой функционального состояния. Подбор современных методов и режимов лечения должен обсуждаться совместно с терапевтом, анестезиологом, реаниматологом, хирургом, а также химиотерапевтом и радиологом. Подобная тактика определяет адекватный подход к ведению больных злокачественными новообразованиями женских половых органов в пожилом и старческом возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель Е.М., Давыдов М.И. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2002 г. М.; 2004. 60-67.
2. Аксель Е.М., Ушакова Т.И. Статистика злокачественных новообразований у пожилых. Сборник статей, приуроченный ЕШО. Под ред. В.А. Горбуновой. 2001. 44-45.
3. Горбунова В.А. Современные возможности лекарственной терапии рака яичников. Сб. статей, приуроченный к ЕШО. Современные экспериментальные клинические подходы к диагностике и рациональному лечению рака яичников. М.; 2001. 92-115.
4. Мамедова Л.Т. Рак шейки матки у женщин пожилого и старческого возраста. Дис. ... канд. мед. наук. М.; 2001.
5. Шаталова Т.В. Рак яичников у женщин пожилого и старческого возраста (клиника, лечение, прогноз). Дис. ... канд. мед. наук. М.; 2003.
6. Balducci L., Extermann M. Difficulties in treating older patients with cancer. J. Oncology in practice 1998; 2: 15-18.
7. Fentiman I., Tirelli U. et al. Cancer in elderly, why so badly treated? Lancet 1990; 335 (1): 1020-1022.
8. Goodwin J., Hunt W., Samet J. Determinants of cancer therapy in elderly patients. Cancer 1993; 72 (2): 594-601.
9. Nikolau K. The problem of the aging population in Europe. Proc. OF OESI, May 10-12; 1996. Athens. 18.
10. Renetto L, Guidelines for the management and research in older cancer patients. 18th UICC Internftijnal Cancer Congress, Jul. 2002. Abs. I 130.

Поступила 19.09.2007

ТВОРЧЕСКОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ



Не стало Тихона Николаевича Хренникова — великого музыканта и прекрасного человека. Он умер в Москве на 95-м году жизни. Судьба подарила композитору долгую и яркую творческую жизнь.

Он родился 10 июня 1913 года. Окончил Гнесинское училище, затем Московскую консерваторию (педагогом по классу фортепиано у него был великий Г. Нейгауз), по окончании которой продолжил образование в классе высшего мастерства у Шебалина.

Среди его значительных и наиболее известных произведений — оперы: «В бурю», «Фрол Скобеев», «Мать», «Много шума из-за... сердца»; балеты: «Наш двор», «Любовью за любовь», «Гусарская баллада», «Наполеон Бонапарт»; оперетты:

«Сто чертей и одна девушка», «Белая ночь»; музыка к спектаклям драматических театров: «Много шума из ничего», «Без вины виноватые», «Дон-Кихот», «Давным-давно»; музыка к кинофильмам: «Свинарка и пастух», «В шесть часов вечера после войны», «Верные друзья», «Гусарская баллада» и др.

Большое внимание Тихон Николаевич уделял симфонической музыке. Так, в 1959 году он закончил партитуру Первого скрипичного концерта, первым исполнителем которого стал знаменитый Леонид Коган. Вслед за этим был написан концерт для виолончели. Композитор посвятил его легендарному Мстиславу Ростроповичу, который объездил с этим концертом все главные площадки мира и имел грандиозный успех.

Тихон Николаевич вел большую общественную работу — на протяжении многих лет он руководил секретариатом Союза композиторов СССР.

Умер патриарх музыкального искусства, но его произведения навсегда останутся в народной памяти, поражая своей искренностью, молодостью духа и оптимизмом.

ДОРОГАЯ РОДНЯ ТИХОНА НИКОЛАЕВИЧА!

Вчера провожали Тихона Николаевича Хренникова. В Малом зале Консерватории было много народа. Но мы с Мариной Добрыниной почти никого не знали. Распорядитель водил Швыдкова и излучал какое-то недружелюбие. Потом — речи людей, о которых у нас, почти о каждом, — вопрос: кто это. Микрофон поставили в дверях, поэтому акустика — и ЭТО в Малом зале! — никакая (впрочем, может быть, мы и сами изрядно стали глуховаты).

В общем, я не выступил. А должен был сказать слова благодарной памяти от Николиной Горы, от себя, конечно. Не сказал и не сказал. Этого не вернешь. Да вы бы ничего и не услышали. А хотелось сказать именно вам и тем немногим, кому эти слова могли бы быть близки.

От Николиной Горы. Подумаешь, дачный поселок, какой-то «РАНИС»! Так-то так. Но у нас повелось места помечать в памяти народной не случайно. Это еще вопрос: был бы тот Онегин, без которого и нас нет, если бы не существовало микроскопического Михайловского, Сороти, озера Кучаны справа и Маленца слева под горой, а вдали, за озером, — белеющего дедова дома в Петровском.

Антонина Васильевна Нежданова, Валерия Владимировна Барсова, Сергей Петрович Юдин, Сергей Сергеевич Прокофьев, Василий Иванович Качалов, Викентий Викентьевич Вересаев, Алек-

сандр Александрович Яковлев, Александра Яковлевна Бруштейн... Это — резко сокращенный перечень от «искусства». А от «науки» и начинать трудно: Александр Васильевич Чайнов, Отто Юльевич Шмидт, Андрей Николаевич Туполев... Хренников — многолетний председатель кооператива — поселка, где каждая аллея, где берег реки, наш сосновый бор, наши «окна», наши концерты творили культуру страны, о которой говорят, что ее уже нет. Вот того, что больше ни у кого на планете нет такой душевной музыки, такой чело- вечной литературы, не ошибемся. А умерла ли наша Россия, в том числе и наша рабоче-крестьянская советская Россия, это мы еще посмотрим. Тихон Николаевич — великий советский композитор. Тут — ни убавить, ни прибавить. Мелодичная, проникающая в душу музыка, рожденная где-то в глубине народного духа, простите, вышибающая слезы на глазах, создается сердцем — теплым и очень добрым. Профессиональные музыканты делят музыку на «легкую» и «классическую». Грешным непрофессионалам трудно в этом разобраться. Часто в Большом зале видел студентов, которые игру пианиста сверяли с нотами. Что и чем они воспринимают? Музыку, ведь ни на какой язык, что бы ни говорили про ее конструкцию, сходную с архитектурой, математическим построением «золотого сечения», не переведешь. А если кто-то выразит ее словами, то самую

главную прелесть песни «Соловей о розе» (в исполнении Александровича) потеряет. Т.Н. Хренников — неповторимый композитор. Конечно, он — из великой династии: Шебалин — Мясковский — Лядов — Римский-Корсаков... И далее без останки до Глинки.

Но и через Тихона Николаевича — Пахмутова. «Нет, весь я не умру. Душа в заветной лире мой прах переживет. И тленья убежит...».

Популярнейшая «Фантазия» Шуберга (Лена Сорокина с мужем — Бахчиевым сопровождают ею фильм «Московская сага» — «легкая» или «классическая»? А концерт для скрипки с оркестром Бетховена местами — хоть пой за столом. У Тихона Николаевича были классические произведения. Но какими произведениями он вошел в нашу жизнь, а потом и в историю, судить потомкам. Говорят, что Тихон Николаевич обижался на кого-то из наших пианистов, что его произведений мало играли. Пусть так и было. Но разве мы можем представить себе оратором и защитником Союза композиторов Эмиля Григорьевича Гилельса или Святослава Теофиловича Рихтера? Это, конечно, им не в укор. Святослав Теофилович говорил: «Я твердо знаю, что ничего изменить не смогу». Поэтому к телефону за него подходила Нина Львовна. Но, когда тиран решил в очередной раз и по очередному направлению громить нашу культуру (имея в виду, конечно, ее представителей), он сориентировался на предполагаемого мужичка из провинции. Имя «Тихон», фамилия «Хренников». Молодой! Этот-де не подведет. И — напоролся — на редкостной чистоты русского интеллигента. Все понимали: «Лай не лай, а хвостом вилай». Но одно дело «вилять хвостом», другое помогать головы рубить, как шло повсюду. (Тогда ходила шутка про руководителей союзов — писателей, композиторов: одним руководил старый хрен Тихонов, другим — молодой Тихон Хренников).

Это сегодня пошлые либералы из кухонных крикунов знают, как надо было себя вести в лихие времена. С них спросу нет. Но была сверхзадача для Хренникова: спасти советскую музыку. Он с умом и с честью свою роль сыграл. Историческую роль! И спас всех. Никто не пропал.

Я боготворил Тихона Николаевича за это. В 1992 году сам попал в такой переплет (в здравоохранении), когда поставлено было все громить: фундаментальную науку, промышленность, культуру, образование, здравоохранение. У него учился. Нигде с «контр Ельцин» не выступал. Но сжал зубы и не дал уничтожить ни один научно-исследовательский институт, ни одну клинику, клиническую школу, ни одну больницу не позволил закрыть или «прихватизировать».

А в те старые жуткие времена можно было Хренникова и убрать. Кто-кто, а он это хорошо понимал. Но на себя брать такую пакость охотников не нашлось. В целом настоящих злодеев не так уж много. Встретивши сопротивление, «волки» отходят в сторону и либо ищут слабинку в другом месте, «либо довольствуются тем», что плохо лежит.

Было короткое светлое время съезда народных депутатов. Как-то подошел к Тихону Николаевичу с вопросом о попытках хоть что-то решать и начал говорить о секретаре ЦК. Ответ был неожиданным. «Ничего он сделать не сможет». Надо было убедить толпу, что нынешнее мракобесие на самом деле есть попытка исправить нечто сделанное «историческими глупцами» в октябре 1917 года. А ведь сразу после Октября страна запела такие песни, каких рабы петь не могут и не будут, стала побеждать на высших музыкальных конкурсах. Что-то «освобожденный» ноне капитал нам своего Хренникова никак не поднесет. Вообще петь перестали. Всюду прет нахальный тупой «там-там», пошлейшая развратная эстрада. Наверное, есть и замечательные таланты. Но «соколу в неволе не живется», а соловью — не поется.

Два слова — про свою дачу и мои благодарности ушедшему нашему николагорскому председателю. В 1940 году (родителей арестовали в 1936 году) нас с дачи выставили. В 1961 году вернули полдачи (по суду). С соседями мы ладили, но все-таки напряженка некоторая была (мы с Володей Лаврентьевым — друзья с детства, но другие — иначе). И вдруг осталась бесхозная дача проф. Российского. Мама попросила Тихона Николаевича передать ее Лаврентьевым, а нам вернуть старую нашу избу целиком. Ясно, что такое дача и участок на Николиной Горе. Ясно, что были и иные предложения. И хорошее давление было. Но Тихон Николаевич все взял на себя. Провел молниеносное правление, потом собрание, и наши семьи разъехались в свои дачи.

Конечно это — частность. Но тот факт, что семьи почти всех реабилитированных на Николиной Горе вернулись либо на свои дачи, либо им помогли построиться в нашем поселке, это — не частность, а — явление. И тот факт, что первый в стране памятник жертвам сталинской тирании был открыт именно на Николиной Горе, тоже — не частность.

Вообще, на фоне постепенного сползания страны к потере ее бывшей высокой морали, сохранение островка культуры, человеческой теплоты, пусть и в малом людском собрании, каким была Николина Гора, есть дело общенациональное, а не частное. И тут Тихону Николаевичу, безусловно, принадлежит роль первой скрипки; и — на протяжении многих лет.

А.И. Воробьев
17.08.2007 г.

УДК 616.5 – 009.613

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Е.Е. Соколова, А.А. Мартынов

Центральный научно-исследовательский кожно-венерологический институт Росмедтехнологии

Изучены психологические особенности и качество жизни 150 больных распространенным прогрессирующим псориазом. Установлены низкие показатели самочувствия, активности, настроения и качества жизни, наиболее низкие по шкалам социальной активности и самовосприятия. У 60% пациентов наблюдался патологический тип реагирования на препятствие. Выраженность психологического дистресса и снижения показателей качества жизни коррелирует с длительностью и клинической тяжестью заболевания.

Ключевые слова: качество жизни, псориаз, анкета DSQL, тест Люшера.

Key words: quality of life, psoriasis, testing Lucher

Динамика показателей первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки за последние 15 лет отличается волнообразным течением и постоянным их увеличением, что соответствует тенденции роста заболеваемости населения Российской Федерации в целом. Одним из наиболее распространенных дерматозов, зачастую тяжело протекающим, является псориаз. Согласно данным отдельных научных школ, псориазом страдает около 2% населения планеты [10].

Псориаз относится к хроническим рецидивирующим дерматозам мультифакторной природы и характеризуется высыпанием на коже обильно шелушащихся эпидермо-дермальных папул [6]. Субъективные и объективные признаки заболевания, побочные эффекты терапии оказывают прямое влияние на физическое и психическое состояние больного, утяжеляя его состояние, что приводит к снижению работоспособности вплоть до инвалидизации [1,5,7,12].

В настоящее время важное значение приобретает изучение качества жизни больного, поскольку человек – не объект медицинского вмешательства, а субъект процесса лечения, личность (а не только организм, пораженный болезнью), клиент/заказчик и потребитель медицинских услуг [1,3,4].

Качество жизни – это совокупность параметров, отражающих изменение течения жизни и определяющих физическое состояние, психологическое благополучие, социальные отношения и функциональные способности в период развития заболевания и его лечения [9].

Показатели качества жизни интересны также тем, что являются одним из критериев эффективности медицинского вмешательства [8,11].

Целью настоящей работы стало изучение психологических особенностей и показателей качества жизни больных псориазом и их взаимосвязи с клиническими проявлениями болезни.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 150 больных распространенным псориазом, из них женщины составили 40,7%, мужчины — 59,3%. У всех был диагностирован прогрессирующий период заболевания. Возраст больных — от 18 до 75 лет (средний возраст — $45,9 \pm 14,0$ лет). Больные в случайном порядке были распределены в три возрастные группы: 18–29 лет — 16 человек (10,7%), 30–54 года — 95 больных (63,3%), 55–75 лет — 39 пациентов (26%).

Наиболее многочисленной была группа больных с вульгарной формой псориаза — 101 человек (67,3%), у 41 (27,3%) пациента диагностирована экссудативная разновидность заболевания, у 3 (2%) — псориаз эритродермия, у 3 человек (2%) — ладонно-подошвенный вариант, у 2 (1,4%) — пустулезная форма типа Цумбуша.

Давность заболевания — от 12 мес до 49 лет, длительность последнего обострения от 1 недели до 16 мес.

Для определения показателей качества жизни использована русскоязычная версия анкеты Dermatology specific quality of life (DSQL), включающая вопросы по оценке психологического, физического и социального воздействия дерматоза на качество жизни больного. Амплитуда значений отдельных блоков вопросника DSQL колеблется от 0 до 4 баллов, что отражает среднее значение каждого отдельного вопроса внутри блока. Максимальная сумма не превышает 20 баллов (показатели качества жизни обратно пропорциональны сумме баллов).

Психологическое воздействие заболевания дополнительно оценивалось с помощью теста Люшера и опросника САН (самочувствие, активность, настроение). При анализе результатов теста Люшера учитывали структуру цветовых рядов, сравнивая с аутогенной нормой Вальнефера—Люшера, и определяли наличие стресса, состояние адаптации и эмоциональной сферы, тип реагирования на препятствие и другие личностные характеристики. Средний балл по шкалам САН равен четырем. Показатели свыше 4 баллов свидетельствуют о благоприятном состоянии исследуемого, ниже 4 баллов — об обратном. Оптимальные показатели состояния больного лежат в диапазоне 5–5,5 баллов.

Для определения степени тяжести кожного процесса у каждого больного использовался коэффициент PASI. При максимальной распространенности кожного процесса и выраженности объективных и субъективных симптомов PASI равен 96, а при их полном отсутствии — 0.

Все статистические показатели рассчитывали с помощью пакета Excel 7.0. Характер и степень свя-

зи различных показателей определяли с помощью коэффициента корреляции Пирсона (r) для простых вариационных рядов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате исследования установлено, что у больных псориазом показатели качества жизни несколько снижены [табл. 1].

Наиболее низкие показатели качества жизни были зарегистрированы по шкалам социальной активности и самовосприятия. Полученные данные подтверждают влияние псориаза на социальную адаптацию больных, в том числе на такие составляющие социального функционирования, как ощущение комфорта в общественных местах, способность заводить новые знакомства, в том числе личного характера, удовлетворение в интимной жизни.

Изучение влияния псориаза на внутренний мир больных показало, что практически все компоненты шкалы самовосприятия значимо влияют на ее итоговый показатель. К ним относятся: смущение от внешнего вида своей кожи, раздражение по поводу своей внешности, чувство неуверенности, моральные страдания и беспокойство о мнении окружающих.

При анализе шкалы физических симптомов отмечено, что больных в наибольшей степени беспокоят зуд и сухость пораженных участков кожи, что свидетельствует о физическом страдании пациентов.

Что касается повседневной активности пациентов, то наибольшее влияние оказывает фактор ограничения в выборе пищи или напитков. Установлено и сильное влияние псориаза на поддержание больными внешности в том виде, как им нравилось.

Более высокие показатели качества жизни зафиксированы по шкале профессиональной активности, что свидетельствует о незначительном

Таблица 1

Показатели качества жизни пациентов с псориазом по вопроснику DSQL

Шкалы	Баллы
Физические симптомы	$2,50 \pm 0,77$
Повседневная активность	$2,64 \pm 0,69$
Социальная активность	$2,79 \pm 0,88$
Работа/школа	$2,44 \pm 0,76$
Самовосприятие	$3,28 \pm 0,69$
Качество жизни _{общ}	$13,64 \pm 3,03$

ограничении больных в достижении успехов в профессиональной сфере, эффективности выполняемой работы или учебы, а также пунктуальности и регулярности посещения профессиональных занятий.

Анализ показателей качества жизни у больных псориазом в разных возрастных группах не выявил статистически значимых их различий. При этом у женщин старшей возрастной группы показатели оказались статистически значимо выше чем у женщин в возрасте 20–29 лет. У мужчин наблюдалась обратная тенденция: у больных в возрасте 55–75 лет показатели были ниже, чем у больных в возрасте 20–29 лет.

При детальном изучении различных аспектов качества жизни больных псориазом старшей возрастной группы было установлено, что у лиц старше 55 лет – более высокие показатели качества жизни по шкале физических симптомов и повседневной активности в сравнении с группой 20–29 лет, у которых показатели по шкалам социальной и профессиональной активности, а также шкалы самовосприятия значительно ниже.

Среди больных, считавших свою жизнь неполноценной, преобладали женщины молодого возраста (20–29 лет).

У пациентов наблюдались достаточно низкие показатели шкалы САН (самочувствие, активность, настроение) (табл. 2).

Тенденция к более низким показателям самочувствия и настроения отмечена у мужчин старшей возрастной группы, чего не наблюдалось у женщин того же возраста.

При анализе данных теста Люшера у больных с псориазом все варианты цветовых выборов были условно разделены на типичные и нетипичные профили реагирования. Результаты исследования психофизиологического состояния пациентов с помощью теста Люшера показали, что у 60% пациентов наблюдалась пассивность с беспокойством и мнительностью, ощущением непреодолимых трудностей, потребностью в из-

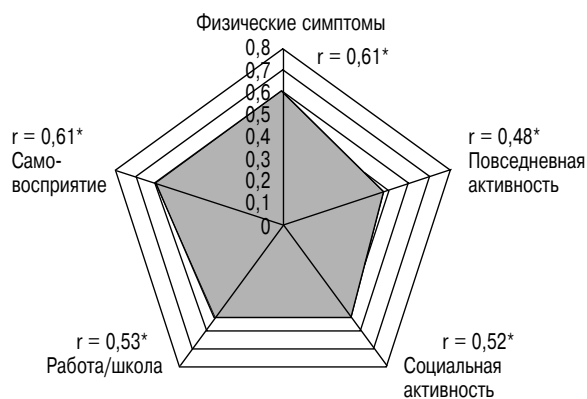


Рис. 1. Взаимосвязь параметров качества жизни и индексом PASI у больных псориазом.

бавлении от их гнета, тревожностью, сниженным фоном настроения, усталостью и плохим самочувствием, потребностью в помощи и отдыхе. Пациенты этой группы склонны к уменьшению своей вины, конфликтам, уходу от решения проблем. Они довольно часто были чрезмерно чувствительны к критическим замечаниям в свой адрес, т.е. имел место патологический тип реагирования на препятствие, диагностированный у 89,3% пациентов в возрастной группе 55–75 лет.

В ходе исследования была изучена взаимосвязь между основными показателями психологического состояния (качество жизни, самочувствие, активность, настроение) и тяжестью течения псориаза. В результате была определена статистически значимая положительная, умеренной силы корреляция между индексом площади и тяжести псориаза у больного и показателем качества жизни ($r = 0,69, p < 0,001$), что наглядно демонстрирует обратную зависимость между указанными показателями – чем выше у больных индекс площади псориаза и тяжести течения заболевания, тем хуже их качество жизни.

В результате исследования установлена и статистически значимая взаимосвязь между индексом PASI и такими параметрами качества жизни, как физические симптомы, повседневная активность, социальная активность, работа/школа, самовосприятие (рис. 1).

Статистически значимая положительная корреляция умеренной силы (положительный знак корреляции обусловлен обратной зависимостью между значением шкалы и уровнем качества жизни свидетельствуют о том, что чем выше у

Таблица 2

Исходные показатели самочувствия, активности, настроения (САН) у больных псориазом

Шкалы	Баллы
Самочувствие	3,30 ± 1,22
Активность	3,41 ± 1,09
Настроение	3,32 ± 1,31

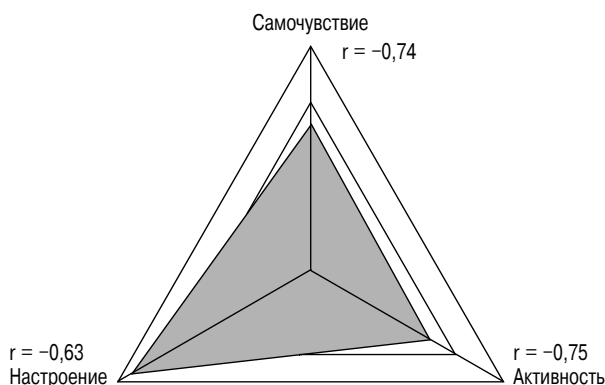


Рис. 2. Взаимосвязь параметров САН и индекса PASI у больных псориазом.

больных индекс PASI, тем хуже такие параметры качества жизни, как физические симптомы, повседневная активность, социальная активность, работа/школа, самовосприятие.

Представляется важной выявленная нами взаимосвязь между индексом PASI и САН (рис. 2).

Сопоставление результатов тестов Качество жизни и САН (самочувствие, активность, настроение) определило высокую, статистически значимую корреляцию этих шкал. Это позволяет использовать данные инструменты для индивидуальной экспресс-диагностики психологического состояния больных псориазом.

ВЫВОДЫ

Выраженность снижения показателей качества жизни коррелирует с длительностью дерматоза ($r = 0,34$, $p < 0,05$) и длительностью последнего обострения ($r = 0,42$, $p < 0,05$).

Таким образом, результаты наших исследований подтверждают литературные данные о том, что пациенты с псориазом имеют низкие показатели качества жизни [9,12].

Данные психодиагностического исследования больных псориазом указывают на их высокую дезадаптацию. Данные теста Люшера свидетельствуют о личностных особенностях пациентов, предрасполагающих к развитию психосоматической патологии в целом.

У женщин старшей возрастной группы показатели качества жизни оказались статистически значимо выше, чем у более молодых (18–29 лет), при этом у мужчин наблюдалась обратная тенденция.

При детальном изучении различных составляющих качества жизни больных с псориазом

отмечено, что у людей старше 55 лет более высокие ее показатели по шкалам физической и повседневной активности, в 89,7% случаев установлен патологический тип реагирования на препятствие. Одновременно в старшей возрастной группе у мужчин зафиксирована тенденция к более низким показателям самочувствия и настроения по сравнению с женщинами аналогичной возрастной группы.

Выраженность психологического дистресса и снижения показателей качества жизни коррелирует с длительностью течения псориаза и клинической тяжестью заболевания.

Таким образом, к настоящему времени в арсенале практического врача имеется достаточно инструментов для оценки психоэмоционального состояния больного, в том числе экспресс-диагностики, использование которых позволяет своевременно скорректировать терапию и повысить качество психоэмоционального состояния больного и медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сан Элинон Е. Дерматология. М.: Бином; СПб.: Невский диалект; 2001. 271.
2. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. Под ред. Ю.К. Скрипкина, В.Н. Мордовцева. М.: Медицина; 1999. Т. 1. 880.
3. Владимирова В.В. Диагностика и лечение кожных болезней. М.; 1995. 192.
4. Раева Т.В., Ишутина Н.П. Психические расстройства при псориазе у подростков. Актуальные вопросы дерматовенерологии. В сб. тезисов научно-практической конференции, посвященной 30-летию кафедры дерматовенерологии ТГМА. Тюмень; 1997. 10.
5. Ишутина Н.П. Пограничные психические расстройства при псориазе. Актуальные вопросы дерматовенерологии: Сб. научных трудов Областной научно-практической конференции дерматовенерологов Тюменской области. Тюмень; 1998. 108-110.
6. Смуглевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н., Дороженок И.Ю. Современная психодерматология: анализ проблемы. Российский журнал кожных и венерических болезней 2005; 6: 33-40.
7. Им И.С. Методы оценки показателей качества жизни у больных дерматозами. Клинический геронтолог. 2006; 8: 68-71.
8. Им И.С. Методы оценки качества жизни у больных акне. Аспирант и соискатель 2006; 2 (33): 206-208.
9. Раева Т.В., Ишутина Н.П., Матусевич С.Л., Котельникова А.Б. Психологические аспекты качества жизни больных псориазом. Российский журнал кожных и венерических болезней 2006; 4: 32-35.
10. Слаповский А. Качество жизни. Знамя 2004; 3: 3.
11. Раева Т.В., Уманский С.М. Психологические факторы, влияющие на дезадаптацию и качество жизни больных с хронической кожной патологией. Медицинская наука и образование Урала 2005; 5 (39): 34-35.
12. Довжанский С.И. Качество жизни - показатель состояния больных хроническими дерматозами. Вестник дерматологии и венерологии 2001; 3: 12-13.

Поступила 27.09.2007

ПОЗДРАВЛЕНИЯ. ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ



11 октября 2007 г. отметил свой юбилей выдающийся российский хирург Михаил Иванович Давыдов, академик РАН и РАМН, профессор, Президент Российской Академии медицинских наук.

Михаил Иванович родился 11 октября 1947 г. В 1975 году он окончил Первый московский медицинский институт имени И.М. Сеченова. В 1980 г. защитил кандидатскую диссертацию; а в 1988 г. и докторскую на тему «Одномоментные операции в комбинированном и хирургическом лечении рака пищевода». В том же году он стал руководителем хирургического отделения торако-абдоминальной онкологии НИИ клинической онкологии. В 1993 г. профессор М.И. Давыдов — заместитель директора Онкологического научного центра по научной работе и директором НИИ клинической онкологии. В декабре 2002 г. был избран директором Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН.

В 2003 г. профессор М.И. Давыдов стал академиком РАН Отделения биологических наук по специальности «Физиология, онкология». В 2004 г. он был избран действительным членом Российской академии медицинских наук. В марте 2006 г. на очередной сессии Российской академии медицинских наук академик РАН и РАМН, профессор Михаил Иванович Давыдов был избран Президентом Российской академии медицинских наук.

М.И. Давыдов — член Международной коллегии хирургов, Американского и Европейского хирургических обществ, член правления Московского онкологического общества. Почетный член академий Франции, Англии, Испании, Германии, США.

М.И. Давыдов обладает самым крупным в мире личным опытом в реконструктивной хирургии грудной и брюшной полостей. В международном рейтинге хирургов (США) входит в пятерку лучших под цифрой «1».

В 2001 г. М.И. Давыдову присуждено звание лауреата Государственной премии России в области науки и техники за цикл работ по теме «Хирургическое лечение сочетанных сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний». Он Заслуженный деятель науки Российской Федерации, кавалер Ордена Почета. М.И. Давыдов член Формулярного комитета РАМН.

Редколлегия и редакция журнала «Клиническая геронтология» поздравляют Михаила Ивановича с этой знаменательной датой и желают ему крепкого здоровья и удач в совершенствовании лечебной, педагогической и научной работы, новых замыслов и творческих свершений.

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ, ДЕОНТОЛОГИИ И ПРАВА

ИСКУССТВО СТАРЕТЬ: КИТАЙСКИЙ ОПЫТ

*«Цените превыше всего
почтительность к старшим»*

В Китае совершенно не работают европейские стандарты, и понять страну величайшей культуры сквозь призму привычных западных представлений о жизни и человеке будет сложно, а порой — невозможно. Каждая цивилизация принесла в этот мир свою философию и свои нормы, только их считая приемлемыми и необходимыми, а чужие мораль и право — установлениями «низких» народов: так, греки считали варварами римлян, римляне — готов, а китайцы — и тех, и других, и третьих. Особенным было в Китае и отношение к старикам.

«В годы моей юности молодые люди, чтя старших, каждый день во втором часу утра вставали умываться и причесываться и, дождавшись третьего часа, приступали к трапезе, соблюдая приличия. Нынче же молодежь спит до самого восхода солнца и на перебой хватается за блюда... Теперь же старики тоскуют о прежних нравах» — сетовал китайский писатель Ли Хуа в середине VIII века. Представить себе подобные укоризны в европейской литературе немислимо: этические нормы здесь совсем другие, хотя шлет к старости, в общем, общество питает. Но ведь не до экстаза!

Однако Китай — страна беспрецедентной духовной стабильности, и потому через каких-нибудь девять столетий в «Шестнадцати наставлениях народу императора» вновь читаем в пункте 1: *«Цените превыше всего почтительность к старшим и уважение к братьям, чтобы поддерживать основы отношений между людьми»*. Это, собственно, и есть ключевое положение китайского ритуала, который заменял в стране закон: «поддерживать основы отношений». Куда как раньше Европы древние китайцы поняли: о

степени цивилизованности общества судят по отношению к детям и старикам. Правда, отношение к детям у китайцев тоже было особым.

Образцовыми в Поднебесной считались семьи, включавшие в себя супружеские пары трех, иногда четырех поколений, живших под одной крышей. *«Если не будешь слушаться старших, проживешь на десять лет меньше»* — говорит народная поговорка о семейной жизни. Хотелось бы спросить, почему именно на десять, но китайцы не спрашивали: основной их добродетелью было повиновение.

*«В семьдесят лет
следую своему сердцу,
не нарушая правил»*

Отсчет жизни подданного Поднебесной империи начинался не с минуты рождения, а с момента зачатия, предвосхищая и в этом «новейшие» изыскания Запада. Однако ребенок до трех лет личностью не считался, а, умерев, не удостоивался похорон. Дети воспитывались в абсолютном подчинении старшим и дома, и в обществе. Ученик, приходя на первое занятие в школу, приносил с собой красиво упакованную палку: для наказания за возможную нерадивость. Взросление же автоматически повышало социальный статус: чем старше человек — тем выше уважение и почет.

В жизни мужчины сакральным числом было 8: в 8 месяцев у младенца прорезывались молочные зубы (тоже событие!), в 8 лет фиксировалась их утрата, в 16 лет (два раза по восемь) юноша входил в период зрелости, а в 64 (восемь раз по восемь) — мужская сила покидала ее носителя. У женщин определяющее число — 7: в 7 месяцев у девочки появлялись зубы, в 7 лет она их «меняла», в 14 (два раза по семь) — наступала зрелость, в 49 (соответс-

твенно семь раз по семь) — она переставала рожать. Современная медицина может камня на камне не оставить от этих постулатов, однако в древнем Китае мерили жизнь по собственному методу. Правда, в некоторые эпохи сакральное число менялось, однако рамки были четкими. Но это состояние физическое, телесное, а вот формула духовного взросления по Конфуцию: *«В пятнадцать лет я обратил свои помыслы к учению».*

В тридцать лет имел прочную опору.

В сорок лет у меня не осталось сомнений.

В пятьдесят лет я знал велье небес.

В шестьдесят лет я настроил свой слух.

А теперь в семьдесят лет следую своему сердцу, не нарушая правил».

Здесь совсем другая «загогулина»: от начала учения до определения своего места в мире — пятнадцать лет, затем четыре раза по десять — на оттачивание приобретенного опыта, и венец жизни — спокойная и мудрая старость.

Конфуций, учитель Кун, величайший из китайцев, родившийся два с половиной тысячелетия назад, и сегодня управляет умами и душами жителей Поднебесной. Великий учитель происходил из захудалого аристократического рода и вполне оправдал европейскую теорию происхождения гениев, родившись от старого отца и очень молодой матери. Отец его, Шу Лян-хэ, прославившийся военными подвигами, в первой семье не был счастлив: у него было девять дочерей и сын-калека. Достигнув семидесяти лет, Шу, опровергая тезис о мужской несостоятельности, женился на юной девочке, родившей ему долгожданного здорового сына. Судьба Конфуция хранила: рано став сиротой, он не только не пропал в очень суровой китайской действительности, но был отмечен за свои таланты и открыл первую частную школу в истории своей страны.

Окруженный преданными учениками, он изучал древние ритуалы и обряды, прозорливо видя в них важнейшее средство гармонизации общества. В этом месте повествования нельзя обойтись без некоторых терминов, хотя они европейскому уху говорят немного. Итак, в центре философии Конфуция стоял культ предков, древних мудрецов, а отточенный Учителем стандарт «сяо» (сыновняя почтительность, благоговение младшего перед старшим) стал обяза-

лен для всех последующих поколений китайцев. Конфуций развил и особую форму нормативной этики «ли», которая позволяла разумно и успешно управлять людьми. «Ли» — это, собственно, та самая вежливость, которая стоит столь дешево, а ценится так дорого. Именно благодаря «ли» и связанному с ней церемониалу с глубоким и длительным (до трех лет!) трауром по покойнику, уважению к старикам, конфуцианство сумело привить обществу приверженность традиции.

Да, аристократы в борьбе за власть уничтожали и родственников, и своих отцов, но в целом в обществе и семье уважение к старшим оставалось незбылемым. Культ предков в Поднебесной вообще по значимости превосходил подобное во всех странах и народах. Традиция, работавшая в семье, на массовом уровне закладывала фундамент морали всего китайского общества.

Известно, что в Поднебесной, как и везде в древнем мире, широко применялся рабский труд, и стояли эти несчастные на самой низкой ступени в общественной иерархии. И вот примечательная деталь: этих людей, которых приравнивали к скоту и имуществу, в 60 лет переводили на положение полурабов, а в 70 — отпускали на свободу. Ремесленники и музыканты-рабы становились свободными в 60 лет, и что это, как не благосклонный жест в сторону старости?

«В служении старшим первое дело — вежливость»

Пример старших был для китайца с малолетства лучшим «учебным пособием», а самой высокой благодарностью сына отцу, даже умершему, было подражание его образу жизни, вплоть до личных привычек. Со временем здесь сложился целый цикл примеров сыновней почтительности, доходящих, в нашем понимании, до абсурда, когда сыновья, будучи уже взрослыми людьми, изображали детей, чтобы не напоминать родителям об их возрасте. В новогоднюю ночь все члены семьи толпились не вокруг елки, а около старшего рода, отбивали ему поклоны, приговаривая: *«Я должен!»*. Неповиновение не только было нарушением этики, но могло рассматриваться как уголовное преступление. Древний китайский афоризм гласит: если сын оскорбил отца и знает это, единственное, что он может сделать, — принести палку и принять от

отца наказание. В веках сохранилось предание о показательном семейном эпизоде, бывшем 2000 лет назад. Некий Бо Юй горько рыдал, принимая побои от престарелой матери; а поскольку он был вполне взрослым и не слишком слезливым, мать заинтересовалась причиной такой недетской неожиданности. Ни один европеец не угадает, что ответил почтительный сын. Он признался, что плакал не от боли, а оттого, что удары бамбуковой палкой были не слишком чувствительными, и он понял: мать ослабла от старости.

Палки применяли часто: например, 60 ударов были наказанием за уклонение от соблюдения траура по умершему деду или бабке, за не проявление скорби, за игру на музыкальных инструментах или преждевременное снятие траура (который, напомним, мог длиться до трех лет).

Семейные наставления: *«В служении старшим первое дело – вежливость»*, *«Встретив старого человека, отнеситесь к нему радушно»* – веками выкованная норма. Старость чтили не только при жизни: проводы в загробный мир были делом первостатейной важности, с четко разработанным ритуалом. Благочестивые дети еще при жизни отца дарили ему погребальный халат, а прежде чем переодеть покойника, сын примерял погребальные одежды на себя. И вообще, если покойнику хорошо в могиле – живым благополучие обеспечено. Друзья покойного, откланявшись умершему и его старшему сыну, дарили семье деньги в белых конвертах. Во время траура по отцу или матери сыну полагалось спать на циновке, не мыться, не стричься и не прикасаться к женщине.

Поминки полагалось справлять после года и трех лет, и много еще чего было связано с погребальными обрядами, превращавшего их в очень дорогостоящую процедуру. В деревнях даже были союзы взаимопомощи, так называемые объединения отца-матери, помогавшие своим членам в организации похорон умерших родителей.

Обычаи соблюдались свято, ибо во главе клана стоял наделенный всей полнотой власти старейшина, а в храме предков хранились генеалогические книги и писанный устав клана. Регламенты были строги и предостерегали от нарушений норм конфуцианской морали. В них

наряду с обыденными регламентациями типа запрещения сожительства с проститутками и играть в азартные игры можно встретить и конкретно относящиеся к ритуалу похорон. Например, такой, совершенно непонятный для европейца пункт: *нельзя «ценить ландшафт до такой степени, чтобы в течение долгого времени откладывать похороны отца»*. И здесь вновь необходимо отступление, даже два.

«Не кладите в рот мертвым жемчуг и драгоценный нефрит»

Сначала о ритуале похорон. Публичных кладбищ в Китае не было, и каждая семья старалась отыскать для родовых могил наиболее благоприятное место, руководствуясь советами знатоков (фэн-шуй!). В черте городских стен хоронить было запрещено, и многие семьи месяцами дожидались благоприятного места – и дня! – для захоронения. В течение этого времени гроб находился на временном кладбище.

Второе отступление – насчет ландшафта. В искусстве садового пейзажа гений Поднебесной раскрывается совершенно, здесь китаец изливает свою сокровенную мечту и видение мира: *«Нужно все устроить так, чтобы, живя в доме, мы забывали о старости, отправляясь на прогулку, забывали о возвращении, а гуляя по саду, – забывали об усталости»*. Все так и делали, и даже питье вина, которому в Китае предавались охотно, должно было происходить при определенных видовых картинках, ибо только в этом случае оно имело смысл. И не случайно, учитывая столь трепетное отношение к гармоничному миру ландшафта, установления клана требовали принести его в жертву (при необходимости) в память ушедшего родителя, похоронив последнего даже в ущерб живописному месту.

Конечно, за время существования конфуцианство претерпевало существенные изменения: ему не только следовали, с ним и боролись. Особенное возражение вызывал именно культ предков, которому Конфуций придавал такое большое значение. Любопытно, что в китайском мифе о первочеловеке Пань-гу, вылупившемся из космического яйца, версия о происхождении человечества как такового может вызвать заметное смущение европейца. По китайской версии,

весь мир произошел из частей тела Пань-гу: из глаз — солнце и луна, из крови — реки и т. д., а вот человек — из... паразитов на его теле. Вот тебе и «венец творения»! Библейская гипотеза о сотворении из праха выглядит более привлекательной, хотя жителям Поднебесной нельзя отказать в остроумии.

В крайней оппозиции к конфуцианству находился даосизм. Даосы отвергали культ предков, бессмертие души и загробную жизнь: *«если от души предков нет чудесных откликов, значит, они не существуют»* заявляли древние китайские материалисты. Выступали они и против многоступенчатой и многотрудной похоронной обрядности. Было еще движение легистов, также разоблачавшее культ предков: *«Конфуцианцы разоряют семью, закладывают сыновей, чтобы возместить расходы на погребение, траурное платье носят три года, нанося великий вред здоровью»*. Еще один сторонник трезвого взгляда на жизнь, Ян Чжу в V веке утверждал, что *«по закону природы нет вечной жизни»*, и требовал: *«Не кладите в рот мертвым жемчуг и драгоценный нефрит, не облачайте их в узорную парчу, не приносите в жертву быка и не выставляйте роскошной утвари»*.

Но! Эта мораль, сколь ни прагматична она была, не прижилась в массах, где господствовала общинная идеология и не иссякала приверженность к ритуалу. Победило все же конфуцианство, связанное с обычаями страны. Конечно, новые времена заставляли и китайцев петь новые песни. В начале революционного XX века тамошние «горланы-главари» заклеили конфуцианство как «духовный сифилис» и «церемонность людоедов» (как схожа всюду революционная лексика!). Через 70 лет — та же песня: *«Китайская культура заражена вирусом, который передается из поколения в поколение и не поддается лечению»*. Все то же самое говорили и писали (и пишут) о России. Но ведь «караван идет»...

Ничто не способно изменить национальные ценности, веками регламентировавшие весь уклад жизни. Революции приходят и уходят, а уклад, ритуал остается, и преданность семье, бесконфликтность, и, конечно, уважение к старости — все это по-прежнему основополагающие

постулаты. И по-прежнему современные китайцы не похожи на европейцев, и Китай не просто географическая единица, а духовный мировой центр. Модернизация для него не стала растворением в чужом пространстве, а китайский идеал совершенства становится все более востребованным именно сегодня, когда так часто испытывается способность человечества жить в согласии друг с другом и миром вокруг.

***«Совершенномудрый лечит недуг,
пока он еще не проявился»***

Итак, китайцы — молодцы, старости — почет и уважение, но как до нее дожить и чем заняться на продолжительном досуге? Древние римляне благородным занятием для достойной старости считали труд земледельца, а что предлагают утонченные китайцы? Земледелие здесь тоже в большом почете, но они идут дальше. И куда идут! Китайские мудрецы предлагают продлевать активную фазу жизни, занимаясь... любовью. Причем, исключительно по науке и ввиду множественной пользы.

О китайской медицине знают все. Основные ее достижения были изложены в трактате «Внутренний канон Желтого Владыки» еще около I века до н.э. Приплюсуем последующие столетия — и с интересом обратимся к древнему опыту. Китайские лекари не слишком большое значение придавали анатомии, а уж хирургов допускали к телу только в случае крайней необходимости. Читаем в вышеозначенном трактате: *«Совершенномудрый лечит недуг, пока он еще не проявился, и приводит свой организм в порядок до того, как он приходит в расстройство. Если же принимать лекарства, когда болезнь уже проявилась, и наводит порядок, когда здоровье расшатано, это все равно, что начинать рыть колодезь, почувствовав жажду»*.

Тело человека, по-китайски, есть микрокосмос, «маленькие Небо и Земля», некий внутренний ландшафт, где кости — отвесные скалы, брюшная полость — водная пучина и т. д. Здоровье, естественно, было состоянием баланса и гармонии жизненных сил организма, болезнь — результатом разлада, поэтому врачи Поднебесной лечили не отдельные органы, а весь организм. В появлении хворей китайцы винили

сильные эмоциональные реакции, каковых по традиции насчитывалось 7: радость, тоска, страх, тревога, горе, гнев, испуг. В этом же ряду – неправильное питание, физическое перенапряжение, укусы насекомых, травмы.

К тому же, каждый внутренний орган имел внешнее «соответствие»: печень проявлялась на ногтях и в глазах, почки в волосах и зубах, а по сему и внутрь залезать нет надобности: кинь внимательный взгляд на физиономию больного – и диагноз готов.

При осмотре пациентов слушали дыхание, вдыхали запахи, смотрели цвет лица, языка. С дамами было сложнее: обычай запрещал врачу разглядывать больную в «живой натуре». Она рассказывала о своих симптомах через полог кровати, а больное место показывала на фарфоровой статуэтке.

Самым эффективным методом диагностики было прощупывание пульса на запястном участке лучевой артерии: здесь «начало и конец всех каналов». Китайские врачи различали 27 видов пульса, причем для их оценки следовало еще учитывать время года и суток, возраст и пол пациента и много чего еще. Помогали больным, воздействуя на жизненно важные точки при помощи игл, прижиганий порошком из полыни (у нее было свойство отгонять злых духов), использовали бамбуковые банки. Лечить подобное подобным свойственно было и китайцам: от рвоты они, например, применяли человеческие экскременты; для поддержания сил в старости пили мочу, бесплодию помогали водой, в которой купали младенца, и т. п. Прибавим гимнастику, медитацию, особые дыхательные упражнения, которыми, по уверению ученого даоса Гэ Хуна, можно «исцелить все болезни, оградить себя от змей и тигров, находиться под водой и ходить по воде, избавиться от голода и жажды и продлить свою жизнь», и дело остается за малым – предаться оздоровительным упражнениям в постели.

«Мужчина всегда должен спать с молоденькими девушками»

Китаец вообще признавался полноценной личностью лишь после рождения ребенка. И здесь не только преклонение перед родовым началом и культом предков, требующее произ-

водства потомков для служения праотцам – это и доказательство мужской состоятельности.

Дальше всего (вернее, глубже) пошли в этом вопросе даосы. Они были убеждены, что продолжительная сексуальная практика является первейшим условием долголетия, а следовательно, – бессмертия. По словам того же Гэ Хуна, «из невежественных в «искусстве брачных покоев» никто не достигнет долголетия». Все предписания, помимо изошренных методик, включают и простейшие гигиенические приемы: для устранения вредных последствий беспорядочной половой жизни. Цель – не навредить себе в постели и достичь счастливого союза инь и ян – женского и мужского начал. Пособия по искусству брачных покоев появились в империи совсем недавно по китайским меркам – в начале европейской христианской эры. «Искусство брачных покоев» – именно искусство, и располагается оно между медициной и алхимией, направленной на продление жизни и достижение бессмертия.

В одном из бесчисленных пособий приводится диалог неких поэтизированных ян и инь – Желтого императора и Чистой девы. Первый спрашивает: «Если я в течение длительного времени предпочитаю обходиться без половых сношений, то каковы будут последствия?». Ответ: «Очень плохи. Небо и земля движутся попеременно, а инь и ян перетекают друг в друга и взаимодействуют. Человеку следует подражать им и следовать закону природы. Если вы отказываетесь от совокуплений, Ваши жизненные силы застынут, а инь и ян придут в расстройство. Секс обязателен для мужчины, но он должен знать, как вести себя, поскольку невежество в этом случае опасно для здоровья».

Думается, невежественных китайцев не было слишком много, ибо это искусство они впитывали с младых ногтей, хотя простой люд в этих материях разбирался гораздо слабее «продвинутых» сословий. Китайская легенда гласит, что некогда был великий учитель искусства любви, мудрец по имени Пэн-цзу. Жил он по народной версии более 800 лет и стал одним из подручных бога долголетия. Утверждали, что он имел 19 жен и 900 наложниц, ибо, согласно его

философии, нет ничего хуже, чем обладание единственной женщиной.

Вот на этом самом месте дамам следует прекратить чтение, ибо все последующее способно привести в уныние чувствительную женскую душу. Отношение к женщине в Древнем Китае очень отличалось от отношения к старикам: существа они были, в основном, бесправные, безгласные и малообразованные. Женщина существовала как работница и подручный материал, в сфере «сексуальных услуг» — особенно. Все горы литературы, пособия, трактаты и т. д.: все это мужчины писали о себе и для себя, преследуя только одну цель продления своего активного долголетия. А женщина здесь была так себе — аккумуляторная батарейка. Итак, поговорим о сугубо мужских делах.

Пресловутый Пэн-цзу порицал людей обыкновенных, которые имеют только одну женщину, разрушая свою жизнь. Пэн-цзу делился с Желтым императором опытом: *«Продлить жизнь можно, принимая лекарства, но если пренебрегать сексуальными методами, лекарства будут бесполезны»*. Еще секрет: *«Важно совокупляться с большим количеством молодых женщин, допуская лишь одно семяизвержение. Благодаря этому в теле появится легкость, а болезни уйдут»*. Пэн-цзу — ярый противник оргазма: *«Когда семенная жидкость исторгается, наступает усталость, в ушах начинает шуметь, глаза закрываются, в горле пересыхает, конечности расслабляются; пусть какое-то мгновение ты и испытаешь сильное удовольствие, в конце концов оно исчезает»*. Следуя заветам даосов, китайцы свято берегли свое семя, ибо именно оно давало долголетие: не делиться же этим сокровищем с некультурной дамой. Причем, выработывали для сохранения семени немыслимое количество приемов и способов, а уж методики по достижению удовольствия — увы и ах!

Относительно частоты семяизвержения тоже существовали определенные правила. Крепкий юноша 14 лет мог иметь их дважды в день, хилый — только один. С возрастом количество эякуляций рекомендовалось уменьшать: в двадцать лет — дважды в день, в тридцать — раз в день, в сорок — раз в три дня, в 50 — раз в пять дней, в 60 — раз в десять дней, в 70 — раз в ме-

сяц. Следует соблюдать и другие ограничения, связанные с календарем, погодой и собственным здоровьем. Китайцы верили, что хорошо налаженная половая жизнь приносит счастье, и даже престарелым не следует стремиться к полному воздержанию.

И вновь рекомендации Пэн-цзу: на вопрос, следует ли мужчине в 60 лет сохранять семя и оставаться одиноким, он отвечал: *«Нет, мужчине не следует быть без женщины, потому что в этом случае он становится возбужденным; затем его дух утомляется, а это в свою очередь ведет к сокращению жизни»*.

Внешнее бесстрашие китайца — тоже веками выработанная норма, ведь любое сильное чувство изнуряет человека, особенно плотское вожделение. Поэтому избыточный половой энтузиазм ведет к дряхлости.

Необходимость разнообразия в сексуальной жизни подтверждается многими авторами: *«Если кто-либо спит с одной и той же женщиной, то ее жизненные силы постепенно ослабевают вплоть до того, что она больше не может принести мужчине пользу»*, *«Мужчина всегда должен спать с молоденькими девушками... Но его партнерши не должны быть и чересчур молоденькими; лучше всего, если им будет от 15 до 18 лет. Во всяком случае, не больше тридцати. Если она уже рожала, то сношение для мужчины будет напрасной тратой времени»*. Вот угораздит же родиться в Китае женщиной...

Вездесущий Пэн-цзу раскрывает своим собратьям по полу и другие секреты долголетия, в частности, указывает наилучшее лекарство, которое *«делает человека сильным, отдаляет старость, дает ему способность совершать соитие, не утомляя и не повреждая дыхание и силу»*. Это лекарство — олени рога, давно популярные и в родных палестинах. И к этому совету необходимо прислушаться, потому что изыски китайской сексуальности, к тому же, воспринятые слишком буквально, далеко не всегда могут дать желаемые результаты. В литературе описан не один случай, когда сексуальные подвиги были сами по себе, а здоровье — само по себе, и часто второе завидовало первому. А ведь задумано было не так...

Е. Казеннова



4 августа 2007 г. на 61 году жизни скоропостижно скончался заместитель директора по научной работе Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН доктор медицинских наук, профессор, лауреат премии Совета Министров СССР, полковник медицинской службы в отставке Вячеслав Григорьевич Морозов.

В.Г. Морозов родился 17 ноября 1946 года в Ленинграде. В 1965 г. окончил Ленинградское суворовское военное училище, в 1971 г. — факультет подготовки врачей для ракетных и сухопутных войск Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова и всю жизнь был верен традициям русского офицерского корпуса.

С 1971 г. по 1977 г. проходил службу в частях Забайкальского и Ленинградского военных округов. С 1977 г. по 1993 г. — младший научный сотрудник, старший научный сотрудник, начальник научно-исследовательской лаборатории иммунологии и вирусологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова.

В.Г. Морозов в 1979 г. защитил кандидатскую, а в 1990 г. — докторскую диссертацию по проблемам разработки и изучения пептидных иммуномодуляторов.

В.Г. Морозов внес большой вклад в развитие отечественной медицины. Он стоял у истоков развития новых методов иммунодиагностики и иммунотерапии в медицинской службе Вооруженных Сил СССР, создал теорию пептидной регуляции клеточных систем и функций организма. Работы В.Г. Морозова позволили теоретически обосновать новое направление в медицине — биорегулирующую терапию, впервые разработать и освоить промышленную технологию получения пептидных лекарственных препаратов. В.Г. Морозов — автор более 500 научных работ, отечественных и зарубежных патентов. В.Г. Морозов являлся членом правления Геронтологического общества РАН, возглавлял Сектор пептидной регуляции старения Института физиологии им. И.П. Павлова РАН. За безупречную службу в Вооруженных Силах, разработку, внедрение в промышленное производство и здравоохранение новых высокоэффективных пептидных биорегуляторов В.Г. Морозов был награжден 10 медалями СССР и 4 медалями ВДНХ СССР. В 1998 году награжден дипломом и памятной медалью «Автор научного открытия» Российской академии естественных наук. В.Г. Морозов являлся членом ряда российских и международных научных обществ, в том числе Международного цитокинового общества и Международного общества биологии лейкоцитов.

В.Г. Морозов был образцом настоящего ученого, российского офицера, интеллигентным, чутким и отзывчивым человеком.

Память о Вячеславе Григорьевиче Морозове навсегда сохранится в наших сердцах.

SUMMARY

I.I. Antoneeva

**PHENOTYPE OF A TUMOR IN DYNAMICS
OF OVARIAN CANCER PROGRESSION
AT GENERATIONS PERIOD
AND POSTMENOPAUSE**

Ulianovskri State University

At 340 patients with ovarian, uterine body and uterine neck cancer at generations period and postmenopause the activity of mitochondrion's enzymes and lipid peroxidation – antioxidant system was estimated in ovarian tissue. It was found out that tumor's phenotype changes at generations period and postmenopause are ambiguous.

I.M. Shestopalova, E.S. Sibatulina

**TOLERANCE TO PHYSICAL ACTIVITY
AT ELDERLY ONCOLOGIC PATIENTS
WITH DYSPNEA**

ROC of a name of N.N. Blochina, RAMS, Moscow

Indices of intracardiac dynamics and respiratory function were studied at patients with tolerance to physical activity, reduction of which is for certain connected with decrease of the systolic and diastolic left ventricular function. Revealed patterns of reduction of tolerance to physical activity at these patients allow to recommend 6-minute walking test to control their functional state and to determine efficiency of treatment.

E.E. Sokolova, A.A. Martinov

**PSYCHOLOGICAL FEATURES AND LIFE QUALITY
OF PATIENTS WITH PSORIASIS**

*Central Research Dermatovenerologic Institute
of Rosmedtechnology*

Psychological features and life quality were studied at 150 patients with general progressive psoriasis. Using scales of social activity and self-perception low indices of health, activity, mood and life quality were showed. A pathologic type of reaction to obstacles was observed. Intensity of psychological distress and reduction of life quality indices correlate with duration and clinical severity of disease.

ОГЛАВЛЕНИЕ—CONTENTS

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

РОЛЬ Н.Н. БЛОХИНА В СТАНОВЛЕНИИ
ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ХИМИОТЕРАПИИ
В НАШЕЙ СТРАНЕ 3

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ФЕНОТИП ОПУХОЛИ В ДИНАМИКЕ ЕЕ ПРОГРЕССИИ
ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ В РЕПРОДУКТИВНОМ
ПЕРИОДЕ И ПОСТМЕНОПАУЗЕ
И.И. Антонева 7

ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ
У ПОЖИЛЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
С ОДЫШКОЙ
И.М. Шестопалова, Э.С. Сибатулина 12

ЛЕКЦИЯ

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ОНКОХИРУРГИИ
С.П. Свиридова, С.А. Чухнов, С.В. Мостовой 16

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

ЛИЧНОСТНЫЕ РЕАКЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ
БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА
И.М. Шестопалова, Г.А. Ткаченко 26

НАРУШЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПОЖИЛЫХ
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
И.Н. Шакирова, И.М. Шестопалова 29

ВОПРОСЫ ГЕРОНТОЛОГИИ
В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ
С.О. Никогосян, В.В. Кузнецов, Т.М. Шаталова,
Л.Т. Мамедова, Б.Г. Нуммаев, А.И. Лебедев 33

ТВОРЧЕСКОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ

ДОРОГАЯ РОДНЯ ТИХОНА НИКОЛАЕВИЧА...
А.И. Воробьев 38

СРОЧНО В НОМЕР

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КАЧЕСТВО
ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ
Е.Е. Соколова, А.А. Мартынов 40

EDITORIAL

ROLE OF N.N. BLOCHIN IN THE MAKING
ANTITUMORAL CHEMOTHERAPY
IN OUR COUNTRY 3

ORIGINAL ARTICLES

PHENOTYPE OF A TUMOR IN DYNAMICS
OF OVARIAN CANCER PROGRESSION
AT GENERATIONS PERIOD AND POSTMENOPAUSE
I.I. Antoneeva 7

TOLERANCE TO PHYSICAL ACTIVITY
AT ELDERLY ONCOLOGIC PATIENTS
WITH DYSPNEA
I.M. Shestopalova, E.S. Sibatulina 12

LECTURE

CRITICAL CARE OF ELDERLY AND SENILE
PATIENTS IN ONCOLOGICAL SURGERY
S.P. Sviridova, S.A. Chuhnov, S.V. Mostovoy 16

PRACTITIONERS ASSISTANCE

PERSONAL REACTIONS OF ELDERLY AND SENILE
PATIENTS WITH ONCOLOGICAL DISEASES
I.M. Shestopalova, G.A. Tkachenko 26

DISORDERS OF NERVOUS SYSTEM AT ELDERLY
ONCOLOGICAL PATIENTS
I.N. Shakirova, I.M. Shestopalova 29

QUESTIONS ON GERONTOLOGY
AND ONCOLOGICAL GYNAECOLOGY
S.O. Nikogosyan, V.V. Kuznetsov, T.M. Shatalova,
L.T. Mamedova, B.G. Nkmmaev, A.I. Lebedev 33

CREATIVE LONGEVITY

DEAR RELATIVES OF TICHON NIKOLAEVICH...
A.I. Vorobiev 38

URGENT ISSUE

PSYCHOLOGICAL FEATURES AND LIFE QUALITY
OF PATIENTS WITH PSORIASIS
E.E. Sokolova, A.A. Martinov 40

ПОЗДРАВЛЕНИЯ. ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

М.И. ДАВЫДОВУ – 60 44

**ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ,
ДЕОНТОЛОГИИ И ПРАВА**

ИСКУССТВО СТАРЕТЬ: КИТАЙСКИЙ ОПЫТ

Е. Казеннова 45

НЕКРОЛОГ

ПАМЯТИ В.Г. МОРОЗОВА 51

SUMMARY 52

ANNIVERSARIES. JUBILEE DATES

M.I. DAVIDOV SIXTIETH BIRTHDAY 44

**PROBLEMS OF MEDICAL ETHICS,
DEONTOLOGY AND LAW**

SKILL OF GROWING OLD: CHINESE EXPERIENCE

E. Kazennova 45

OBITUARY

TO REVERE THE MEMORY OF V.G. MOROZOV. . . 51

SUMMARY 52

Уважаемые коллеги!

Подписаться на журнал

«ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ»

ВЫ МОЖЕТЕ:

1. Через агентство РОСПЕЧАТЬ, каталог «ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ». Индекс журнала — 19413.
2. Через редакцию журнала, заполнив бланк-заказ и оплатив указанную сумму (журнал высы­ляется по Вашему адресу в конверте).

В платежном поручении и в почтовом переводе в графе «Получатель» обязательно указать ООО «МТП НЬЮДИАМЕД»

Бланк-заказ на подписку журнала на 2008 год в редакции

(журнал высы­ляется по Вашему адресу в конверте).

Ваш **адрес** просим указывать **ПЕЧАТНЫМИ** буквами.

Ф.И.О. подписчика	Почтовый адрес доставки (индекс обязательно)	I полугодие		II полугодие	
		1	2	3	4
		Номера журнала			
		Цена номера в руб.			
		500	500	500	500
		ИТОГО: (впишите сумму)			

Квитанцию о переводе оплаченной Вами суммы и бланк заказа высы­лайте по адресу:
Москва, Коломенский пр., 4, ГКБ 7, Кафедра гематологии и гериатрии ФППОВ
ММА им. И.М. Сеченова, редакция журнала «Клиническая геронтология».

Тел./факс (499) 782-31-09 E-mail: mtpndm@dol.ru

РЕКВИЗИТЫ: Банк-получатель: АКБ «Стратегия» (ОАО), ИНН 770 224 522 О,
КПП 770 201 001, К/с 301 018 100 000 000 005 05,
Р/с 407 028 105 000 000 004 85, БИК 044 579 505

Научно-практическая конференция
«Управление качеством в здравоохранении:
стандартизация, клиничко-экономический анализ»

5–6 декабря 2007 года

Оргкомитет конференции

Кафедра гематологии и гериатрии с курсом стандартизации в здравоохранении ФППОВ

ММА им. И.М. Сеченова

115 446, Москва, Коломенский проезд, 4, ГКБ N 7

Тел./факс: 8-499-782-31-09 E-mail: mtpndm@dol.ru, office@rspor.ru

Web: <http://www.rspor.ru> <http://www.zdrav.net>

Уважаемые коллеги!

Рады сообщить вам о том, что определена дата ежегодной конференции «Управление качеством в здравоохранении: стандартизация, клиничко-экономический анализ»:

5–6 декабря 2007 г., как обычно в Москве в Доме Ученых РАН.

Традиционно конференция собирает более 800 специалистов из различных субъектов Федерации: сотрудники министерств и департаментов, главные врачи, нарчеды, клинические фармакологи, главные специалисты, специалисты по лекарственному обеспечению.

**ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ
КОНФЕРЕНЦИИ:**

- общие вопросы управления качеством в здравоохранении;
- разработка и внедрение стандартов медицинской помощи;
- стандартизация сестринских технологий;
- стандартизация в службе крови,
- стандартизация лабораторной диагностики,
- итоги и перспективы развития государственных и территориальных программ лекарственного обеспечения;
- система управления качеством медицинской помощи медицинских организаций
- экономический анализ эффективности применения медицинских технологий, клиничко-экономический (фармакоэкономический) анализ;
- редкие (сиротские) медицинские технологии,
- качество медицинской помощи больным с дефицитами факторов свертывания,
- качество медицинской помощи больным с инсультом,
- Форумный комитет и форумная система;
- Технический комитет «Медицинские технологии»
- медицина, основанная на доказательствах; оценка и выбор медицинских технологий;

В рамках конференции планируется проведение образовательных школ по нескольким направлениям:

- Этика в медицине и управление конфликтом интересов
- Клиничко-экономический анализ и доказательная медицина
- Управление качеством в медицинских организациях
- Оценка медицинских технологий
- Качество жизни и готовность платить

Также в рамках конференции пройдут открытые заседания Президиума Форумного комитета РАМН и заседание Технического комитета по стандартизации ТК466 «Медицинские технологии». Пятого декабря состоится Общее собрание членов МОО «Общество фармакоэкономических исследований».

6 декабря, в последний день конференции, пройдет встреча с экспертами Лондонской школы экономики в рамках международного проекта изучения систем здравоохранения стран Восточной Европы.

Оргкомитет приглашает принять участие в конференции специалистов всех уровней в области организации и экономики здравоохранения, клинической и фармакоэпидемиологии, клинической фармакологии, фармацевтического бизнеса, клинической медицины, медицинского страхования. Ракурс обсуждаемых тем делает их равно интересными практическому врачу и менеджеру здравоохранения.

Во время конференции будет проводиться выставка с участием ведущих фирм – производителей и дистрибьюторов лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения.

По всем вопросам обращаться по тел./факсу 8-499-782-31-09 или по E-mail: mtpndm@dol.ru или office@rspor.ru

Регистрационный взнос с учетом действующих налогов: 1600 рублей.

Регистрационный взнос для членов Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований» (МОООФИ) с учетом действующих налогов: 800 рублей.

Регистрационный взнос обеспечивает: аккредитацию участника конференции, публикацию тезисов, получение опубликованных тезисов и других материалов конференции, сертификат участника. Вопрос о возможности аккредитованных участников выступить с устным сообщением решается Организационным комитетом конференции на основании заявки на участие и тезисов.

Регистрационный взнос следует перечислять по курсу ЦБ на день проведения платежа на расчетный счет ООО «Медико-технологическое предприятие Ньюдиамед»:

К/с 301 018 100 000 000 005 05,

Р/с 407 028 105 000 000 004 85

в АКБ «СТРАТЕГИЯ» (ОАО)

БИК 044 579 505,

Код по ОКОНХ: 915 14, ОКВЭД – 22.12

Код по ОКПО: 189 440 19, КПП 770201001
ИНН 770 224 522 0

с пометкой «Конференция по качеству» (при необходимости присылается счет-фактура).

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ТЕЗИСОВ

Тезисы объемом до 1800 знаков (1 страница формата А4, шрифт 12, 1,5 интервала) в 2-х экземплярах (на втором – подписи авторов) необходимо выслать в адрес Оргкомитета до **15 октября 2007 г.** К тезисам прилагается дискета с электронным вариантом в Word для Windows. Возможна пересылка электронного варианта по электронной почте mtprndm@dol.ru или office@rสปog.ru. тезисы будут воспроизводиться с авторского оригинала без редактирования – ответственность за ошибки и неточности лежит на авторах тезисов.

В тезисах должно быть выделено название, указаны авторы, организация, при предоставлении оригинальных исследований – цели и задачи исследования, описание методов и полученных результатов с цифровыми данными, заключение. Использование оригинальных (торговых) наименований не допускается.

Опубликованные тезисы будут получены аккредитованными участниками во время регистрации. Тезисы будут опубликованы в журнале «Проблемы организации в здравоохранении».

Тезисы должны быть представлены для публикации не позднее 15 октября 2007 года.

Тезисы направлять по адресу: 115446 г. Москва, Коломенский проезд, 4, ГКБ № 7, Кафедра гематологии и гериатрии с курсом стандартизации в здравоохранении ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова, Оргкомитет конференции «Управление качеством в здравоохранении: стандартизация, клинико-экономический анализ».

ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ

Заявки на участие в конференции по прилагаемой форме направляются после перечисления регистрационного взноса и принимаются до 20 ноября 2007 г. Авторы докладов, включенных в программу конференции, получат уведомление от Оргкомитета.

Заполните заявку, **обязательно указав в ней форму участия**, и вышлите по адресу: 115446 г. Москва, Коломенский проезд, 4, ГКБ N 7, Кафедра гематологии и гериатрии с курсом стандартизации в здравоохранении ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова, Оргкомитет конференции «Управление качеством в здравоохранении: стандартизация, клинико-экономический анализ» или по факсу 8-499-782-31-09 или 8-495-609-13-57. Заявки по электронной почте просим продублировать факсом или письмом.

Для иногородних участников, при наличии в заявке указания на необходимость обеспечения жильем, на время конференции бронируется гостиница.

ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ

в Оргкомитет научно-практической конференции
«Управление качеством в здравоохранении: стандартизация, клинико-экономический анализ»

ЗАПОЛНЯТЬ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Место работы и должность:

Адрес для переписки (с указанием индекса):

Телефон/факс _____

Форма участия (отметить):

Слушатель Стендовый доклад Устное сообщение

В жилье:

Нуждаюсь Не нуждаюсь