

болезней пищевода и желудка (например, эзофагита, ахалазии кардии, функциональных расстройств двигательной и секреторной функций желудка, симптоматических гастродуоденальных язв и др.). Цель предлагаемого руководства — в какой-то мере восполнить имеющиеся в этом плане пробелы.

Прошедшее десятилетие характеризует-ся значительным прогрессом в гастроэнтерологии. Глубже изучены вопросы патогенеза различных болезней пищевода и желудка (в частности, показана роль некоторых гастроинтестинальных пептидов в возникновении и прогрессировании гастроэнтерологических заболеваний), в клинической практике стали широко применяться различные высокоинформативные методы исследования (включая рентгенологические, эндоскопические, ультразвуковые), разработаны и внедрены новые способы лечения больных. Эти достижения нашли отражение в руководстве.

Крупным событием оказался выход в свет (в 1985 и 1988 гг.) трехтомного издания «Гастроэнтерология» (под ред. Дж.Х.Барона и Ф.Г.Муди), в котором на современном уровне изложены многие принципиальные аспекты гастроэнтерологических заболеваний. В то же время некоторые важные нозологические формы (например, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, хронический гастрит и др.)

вообще не вошли в упомянутое руководство, другие (язвенная болезнь) отражены лишь частично.

В I томе настоящего руководства описаны основные функции пищевода и желудка, важнейшие лабораторные и инструментальные методы исследования, применяющиеся в гастроэнтерологической практике, а также ведущие симптомы и синдромы при болезнях пищевода и желудка. Описание различных нозологических форм включает в себя краткие сведения об эпидемиологии, этиологии и патогенезе заболеваний. Подробно изложены вопросы клиники, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения, что, по нашему мнению, необходимо для практических врачей.

В написании глав первого тома «Руководства по гастроэнтерологии» принимали участие академики РАМН Ф.И.Комаров и В.В.Серов, чл.-корр. РАМН А.Л.Гребенев, доктора медицинских наук В.Д.Водолагин, В.Б.Золотаревский, А.В.Калинин, П.К.Климов, П.И.Коржукова, Н.М.Кузин, С.П.Лебедев, З.А.Лемешко, Л.Д.Линденбрaten, Л.П.Мягкова, А.А.Шептулин, кандидаты медицинских наук А.В.Берестова, В.М.Нечаев, Н.Г.Плетнева, О.А.Склянская.

Авторы будут признательны за все критические замечания и пожелания, направленные на улучшение издания.

РУКОВОДСТВО ПО ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

В 3-х томах // Под общей ред. акад. РАМН Ф.И.Комарова, член.-корр.РАМН А.Л.Гребенева
— М.: Медицина. — 1995. — Т.2. — 529 с.

Авторский коллектив «Руководства по гастроэнтерологии»: член.-корр.РАМН проф. А.Л.Гребенев, проф. доктор мед. наук А.И.Хазанов, проф. доктор мед. наук С.Д.Подымова, докт. мед. наук С.Г.Бурков, канд. мед. наук С.В.Готье, канд. мед. наук Т.Н.Дрозд, проф. доктор мед. наук А.К.Ерамишанцев, доктор мед. наук Р.А.Иванченкова, В.К.Кан, проф., доктор мед. наук Н.М.Кузин, доктор мед. наук З.А.Лемешко, проф., доктор мед. наук Л.Д.Линденбрaten, канд. мед. наук С.В.Насонова, канд. мед. наук И.В.Попова, канд. мед. наук Л.П.Сапожникова, канд. мед. наук С.В.Смоляникова, доктор мед. наук К.В.Таточенко, канд. мед. наук Ю.В.Трофименко, проф., доктор мед. наук Г.В.Цодиков.

Во 2-м томе «Руководства по гастроэнтерологии» рассмотрены болезни печени и билиарной системы. Впервые за последние 30 лет отдельный том целиком посвящен заболеваниям как печени, так и билиарной системы. Объединение материалов, освещающих две родственные системы в одной книге, значительно упрощает получение необходимой информации, особенно на первых этапах знакомства врача с больным, когда трудно определить, какая патология преобладает. Быстрое развитие научной и практической меди-

цины в области как собственно гепатологии, так и заболеваний билиарной системы и, следовательно, быстрое накопление новой информации делает необходимым выход в свет подобной книги.

Из потока новой информации в первую очередь целесообразно выделить сведения о достижениях науки в изучении проблемы вирусных гепатитов. В 1989 г. окончательно был сформулирован диагноз гепатита С, а в 1990 г. — гепатита Е. Разработана полимерная реакция, усовершенствованная распознавание генома вирусен. Совершенствованию диагностики, особенно очаговых поражений печени, способствовало внедрение таких методов исследования, как эхография, компьютерная томография и ядерно-магнитный резонанс. Существенно улучшилось лечение больных желчнокаменной болезнью.

Эти и другие вопросы обсуждаются в данном «Руководстве». Перед врачом стоит важная задача — рационально объединить испытанные методы диагностики и лечения с новыми. Сегодня, как никогда, нельзя терять приобретенные навыки пальпации, аускультации, сбора анамнеза, объективной оценки результатов терапии. Однако их необходимо сочетать с грамотной интерпретацией резуль-

татов инструментальных исследований, а также с глубокими знаниями фармакокинетики новых лекарств и хирургических манипуляций.

Книга поможет врачам различных специальностей в этом нелегком деле. Подобное «Руководство» создается в нашей стране фактически впервые, и авторы допускают возможность отдельных уязвимых мест. Заме-

чания по этому поводу мы примем с благодарностью.

Пользуемся случаем выразить признательность специалистам по лучевой диагностике В.Г.Никитину и П.С.Парусинову, предоставившим нам дополнительный ценный иллюстративный материал.

Доктор мед.наук, профессор А.И.Хазанов

ХРОНИКА, ИНФОРМАЦИЯ

ОСТРЫЕ ЛЕЙКОЗЫ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ОСЛОЖНЕНИЯ

Т.Г.Потрачкова

(Областная клиническая больница № 1 — главный гематолог Иркутской области)

В Москве с 10 по 11 января 1996 г. проходила Международная школа гематологов под руководством директора Гематологического научного центра РАМН А.И.Воробьева.

Подобные школы проводятся с 1992 г. в разных городах России с участием ведущих гематологов Германии, США, Японии. Настоящая школа проводилась с участием ведущих специалистов гематологических центров Москвы, Санкт-Петербурга, других городов России.

В.Г.Савченко, руководитель клиники лейкозов и трансплантации костного мозга гематологического научного центра РАМН, д.м.н., сделал сообщение о диагностике и лечении миелодиспластического синдрома, для которого характерен дисмиелопоэз в костном мозге с цитопенией в периферической крови.

Согласно ГАВ-классификации к миелодиспластическому синдрому относят:

1. Рефрактерную анемию.
2. Рефрактерную анемию с кольцевыми сидеробластами.
3. Рефрактерную анемию с избытком бластов.
4. Рефрактерную анемию с избытком бластов в трансформации.
5. Хронический моноцитарный лейкоз.

Выявлены хромосомные абберации, характерные для миелодиспластического синдрома, клетки микроокружения костного мозга подвержены апоптозу, т.к. обречены на гибель, повышено содержание фактора некроза опухоли.

Лечение миелодиспластического синдрома представляет трудную задачу и редко приводит к успеху.

Используются следующие методы лечения:

1. Пульс-терапия стероидными гормонами;
2. Малые дозы цитозара (15-20 мг х 2 раза в сутки подкожно);

3. Стандартные программы полихимиотерапии (приводят к жесткой аплазии костного мозга);

4. Высокие дозы цитозара (1-3 г в сутки) (применяются у молодых пациентов);

5. Производные витамина D₂;

6. Цитокины: гранулоцитарно-макрофагальный колониестимулирующий фактор (ГМ-КСФ), интерферон-α;

7. Сочетанная терапия: интерферон-α + преднизолон; малые дозы цитозара + ГМ-КСФ;

8. Циклоспорин А.

Е.Н.Паровичникова, научный сотрудник гематологического центра, г.Москва, сообщила результаты многоцентрового исследования по лечению острого миелобластного лейкоза.

Проведена сравнительная характеристика результатов лечения по программам: «7+3»: цитозар 100 мг/м² х 2 р. в сутки капельно — 7 дней. Рубомицин 45 мг/м² х 1 раз в сутки капельно — 3 дня.

«7+3+вепезид (VP)» — цитозар и рубомицин в тех же дозах, вепезид назначается в дозе 120 мг/м² капельно с 17 по 21 день курса. Полная ремиссия достигнута у 60% больных при применении программы «7+3» и в 66% при «7+3+VP».

Резистентность к терапии в 18% при «7+3» и в 12% при «7+3+VP».

Причины ранней смертности: в 50% — геморрагический синдром, в 50% — присоединившаяся инфекция.

Необходимость в заместительной терапии тромбоконцентратом: при лечении по программе «7+3» — необходимо в среднем 10-25 доз, при «7+3+VP» до 37 доз.

По данным гематологического научного центра Москвы, общая выживаемость составила 20%. Лучше поддавались лечению в индукции по программе «7+3+VP» следующие варианты острого миелоидного лейкоза: M₁ — без вызревания бластов