

группе интенсивного («жесткого») контроля гликемии (80–110 мг/дл) по сравнению с группой консервативного («мягкого») контроля (180–200 мг/дл) [3]. Публикация результатов исследования стала причиной внесения изменений в клинические рекомендации и протоколы.

В недавно закончившемся многоцентровом исследовании NICE-SUGAR (Normoglycemia in Intensive Care Evaluation and Survival Using Glucose Algorithm Regulation), включившем 6104 пациента отделений интенсивной терапии, были получены противоположные результаты: смертность в группе интенсивного контроля гликемии (81–108 мг/дл) оказалась выше по сравнению с группой консервативного контроля (144–180 мг/дл). Полученные данные стали причиной повторного каскада изменений клинических рекомендаций и протоколов. Как отмечает Американская диабетическая ассоциация, причина противоречия результатов указанных исследований неизвестна [4].

Мета-анализ 26 исследований (13567 пациентов), включивший также результаты исследования NICE-SUGAR, показал, что относительный риск смерти при интенсивной инсулинотерапии составляет 0,93 по сравнению с группой консервативной терапии (95 % ДИ 0,83–1,04). Выделение среди включенных в анализ пациентов отделений интенсивной терапии группы хирургического профиля позволило сделать вывод о преимуществах интенсивной инсулинотерапии в этой группе (относительный риск 0,63 (95 % ДИ 0,44–0,91)). В то же время для пациентов нехирургического профиля преимуществ последней продемонстрировано не было [4].

В вопросе выбора метода анестезиологического обеспечения рядом авторов отмечаются преимущества эпидуральной анестезии по сравнению с общей. Показано, что применение эпидуральной анестезии обеспечивает меньшую стимуляцию симпатической нервной системы, меньшие уровни катехоламинов и, как следствие, менее выраженную гипергликемию [5]. При этом в российских «Алгоритмах специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» (2009), отмечается, что «при диабетической вегетативной нейропатии высокая эпидуральная и высокая спинальная анестезия противопоказаны».

Заключение

Таким образом, приведенные данные показывают противоречивость существующих рекомендаций по периоперационному менеджменту больных сахарным диабетом, которые можно отразить в образном выражении Ravi K. Kancha и Manish Relan (2008): «Контроль гипергликемии в периоперационном периоде остается и наукой, и искусством».

ЛИТЕРАТУРА

1. *Sheehy, A. M.* An overview of preoperative glucose evaluation, management, and perioperative impact / A. M. Sheehy, R. A. Gabbay // *J. Diabetes Sci Technol.* — 2009. — № 3(6). — P. 1261–1269.
2. *Martinez, E. A.* Thinking like a pancreas: perioperative glycemic control / E. A. Martinez, K. A. Williams, P. J. Pronovost // *Anesth Analg.* — 2007. — Vol. 104(1). — P. 4–6.
3. Intensive insulin therapy in critically ill patients / G. Van den Berghe [et al.] // *N Engl J Med.* — 2001. — Vol. 345(19). — P. 1359–1367.
4. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes — 2010 // *Diabetes Care* January. — 2010. — Vol. 33. — P. 11–61.
5. *Luigi, F.* Meneghini. Perioperative management of diabetes: Translating evidence into practice / F. Luigi // *Cleveland Clinic Journal of Medicine.* — 2009. — Vol. 76, № 1(4). — P. 53–59.

УДК 616.33/34-006:614.2

АЛГОРИТМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ С ПРЕДОПУХОЛЕВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Платошкин Э. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Канцерпревенция в гастроэнтерологии основана на понятии «предраковое заболевание», к которым относят полипы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), хронический ат-

рофический гастрит, особенно ассоциированный с инфекцией *Helicobacter pylori* и истинную дисплазию эпителия. По мнению экспертов ВОЗ 40 % случаев рака можно предотвратить. Министерством здравоохранения Республики Беларусь утверждены отечественные «Алгоритмы диагностики, профилактического обследования, диспансерного наблюдения пациентов, имеющих наследственную предрасположенность к злокачественным новообразованиям» (И. В. Залуцкий, Н. Н. Антоненкова, Г. М. Порубова, 2007), регламентирующие открытие в областных онкологических диспансерах онкогенетических кабинетов. Однако менее 10 % онкозаболеваний ЖКТ наследственно обусловлены, большее их число являются спорадическими. Поэтому, продолжается поиск мер первичной и вторичной профилактики рака ЖКТ на популяционном и индивидуальном уровне [1–4].

Цель

На основании современных представлений о канцерпревенции предложить алгоритм диспансеризации больных с предраковыми заболеваниями ЖКТ.

Методы

При диспансеризации больных с предопухолевыми заболеваниями ЖКТ нами используется метод анкетирования, методы медицинской визуализации: эндоскопия с хромокопией и множественной прицельной биопсией, ультразвуковое исследование брюшной полости (в том числе — желудка и толстой кишки путем заполнения их «эхо-прозрачным» раствором крахмала), рентгенконтрастные исследования, КТ, МРТ; общелaborаторные методы исследования, а также методы выявления инфекции *Helicobacter pylori* (включая уреазный тест, ИФА, ПЦР), гистоморфологические методы.

Результаты и обсуждение

В связи с тем, что даже тяжелые атрофические изменения слизистой оболочки желудка с метаплазией и дисплазией не имеют характерных клинических проявлений и не беспокоят больного, важным становится факт его комплаентности в плане рекомендаций по диспансерному наблюдению с обязательным эндоскопическим и морфологическим контролем с согласия пациента. В Беларуси диспансерное наблюдение за больными хроническим гастритом предусматривает ежегодное эндоскопическое обследование желудка (фиброгастроскопию) с биопсией, не зависящее от степени выраженности атрофии. Порой пациентам с минимальными изменениями в слизистой оболочке желудка из года в год при проведении профилактических осмотров назначается фиброгастроскопия, а результаты ее аккуратно вклеиваются в медицинскую карту больного.

Несколько слов об эндоскопии: подчеркивая важную роль этого метода исследования, следует подчеркнуть необходимость стандартизации в подходах к его назначению и выполнению. Это касается и взятия достаточного количества гастробиоптатов и стандартизованного протокола. Несмотря на все усилия гастроэнтерологов, в нашей стране до сих пор не внедрена современная номенклатура Всемирной организации по эндоскопии пищеварительного тракта (OMED). Для динамического наблюдения за лицами групп высокого риска по раку желудка целесообразно шире использовать признанный на международном уровне метод хромогастроскопии.

В 2005 г. группой международных экспертов в области патологии желудка (ведущих морфологов и гастроэнтерологов) была разработана морфологическая система определения стадий хронического гастрита OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment). Эта система уже адаптирована российскими патоморфологами, но в нашей стране она, к сожалению, пока не востребована, хотя позволяет повысить диагностическую ценность и прогностическую значимость гистологического метода в диспансеризации пациентов хроническим гастритом.

Учитывая тот факт, что Беларусь относится к странам с высокой распространенностью инфекции *Helicobacter pylori* и рака желудка, целесообразным с точки зрения экономической эффективности является сертификация и внедрение в повседневную клиническую практику современных неинвазивных диагностических тестов (определение антигенов *Helicobacter pylori* в кале и др.). С высоким уровнем доказательности

Маастрихтским III консенсусом, Трансатлантической декларацией для снижения риска развития рака желудка на популяционном уровне, рекомендовано оптимально раннее (до наступления предопухолевых изменений в слизистой оболочке желудка) проведение эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* у инфицированных лиц.

Аденоматозные полипы ЖКТ, ворсинчатые опухоли подлежат эндоскопическому удалению. Гиперпластические (воспалительные полипы), как правило, после эндоскопической полипэктомии рецидивируют, если пациентам не проводится противовоспалительная или этиотропная терапия (для геликобактерного гастрита — эрадикация *Helicobacter pylori*).

На основании имеющихся сведений по хемопрофилактике рака ЖКТ мы в своей практике используем препараты висмута, урсодезоксихолевой кислоты, омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты. Предварительные результаты свидетельствуют об эффективности подобных профилактических мер, но требуют накопления достаточного количества наблюдений для их подтверждения.

Проводимое наблюдение за пациентами группы высокого риска по раку толстой кишки позволяет утверждать, что эти лица должны находиться под постоянным наблюдением врача-гастроэнтеролога с динамическим эндоскопическим и морфологическим контролем, а при необходимости — консультироваться у хирурга-онколога. Кратность контрольных колоноскопий составляет от 1 до 4-х в год. При отсутствии рецидивов сроки между обследованиями увеличиваются до 2–5 лет. Важным является внедрение скрининговых исследований, таких как иммунохимический тест на скрытую кровь в кале, фекальный калпротектин, а также молекулярно-генетические исследования для выделения дополнительных групп высокого риска по раку толстой кишки среди населения.

Заключение

Стандартизация комплекса организационно-диагностических мероприятий (скрининговые обследования лиц первой линии родства в семьях, где выявлен большой раком ЖКТ, диагностика инфекции *Helicobacter pylori*, эндоскопические обследования в сочетании с хромоскопией и множественной прицельной биопсией, с использованием международных эндоскопических и морфологических протоколов), внедрение новых методов диагностики (в том числе — морфологических), повышение комплаентности пациентов — путь к повышению эффективности диспансерного наблюдения за больными с предопухолевыми заболеваниями ЖКТ.

Требует дальнейшего изучения эффективность хемопрофилактики предраковых изменений слизистой оболочки ЖКТ, для чего необходимы дальнейшие клинические исследования, охватывающие значительные когорты пациентов из групп высокого риска.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин, Л. И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / Л. И. Аруин, Л. Л. Капуллер, В. А. Исаков. — М., 1998.
2. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси / И. В. Залуцкий [и др.]. — Минск: Зорны верасень, 2006. — 207 с.
3. Johns, L. E. A systematic review and meta-analysis of familial colorectal cancer risk / L. E. Johns, R. S. Houlston // Am. J. Gastroenterol. — 2001. — Vol. 96. — P. 276–281.
4. Мазо, В. К. [и др.] // Российский журнал гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. — 2007. — № 1. — С. 60–68.

УДК 614.777:628.1/3]:66.067.38

УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ КАК СПОСОБ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ СТОЧНЫХ ВОД

Плюта В. Л., Ковальчук А. Г., Леткина О. Г.

Учреждение

**«Мозырский зональный центр гигиены и эпидемиологии»
г. Мозырь, Республика Беларусь**

Введение

Целью обеззараживания сточных вод являются предотвращение распространения инфекционных болезней и защита от заражения поверхностных и подземных водоемов. Известно, что