

ним следует подходить с учетом индивидуального отношения к здоровью, что представляет понимание «здорового образа жизни» в новом свете.

В Восточной философии и медицине всегда телесное и психическое рассматривалось как единое целое. В Древнем Китае здоровье считали высшей ценностью человека, которая постоянно должна прирастать. Согласно древней китайской медицине, дисгармония организма имеет место при психической дисгармонии. Она рассматривала пять болезненных настроений: гнев и вспыльчивость, переживания, озабоченность и грусть, печаль и тоска, страх и озабоченность. Склонность к таким настроениям нарушает и парализует энергию как отдельных органов, так и всего организма в целом, сокращая жизнь человеку. Радость же придает гармоничную эластичность организму и продлевает жизнь.

Поэтому нужно стараться отслеживать все негативные эмоции. Это трудно, но необходимо. Здоровый образ жизни базируется на исключительно положительных эмоциях. Не стоит поддаваться грусти и скорби, нужно быть людьми веселыми и жизнерадостными — это очень важный шаг к здоровому образу жизни.

В тибетской медицине невежество считалось общей причиной всех болезней. Невежество порождает больной образ жизни, вечную неудовлетворенность, приводит к тягостным, пессимистическим переживаниям, пагубным страстям, несправедливому гневу, неодобрительности к людям. Умеренность во всем, природная естественность и преодоление невежества — основные составляющие здорового образа жизни, определяющие физическое и психическое благополучие человека (15).

Таким образом, на примере древних культур легко заметить, какое большое значение в формировании здорового образа жизни имеет осознание гармонии внутреннего мира человека.

В наш век произошли существенные изменения в сознании человека. Современный человек приобщился к новым бездуховным «ценностям»: материальные блага, успех, свобода личности и совести. Утратив духовность, человек начал дряхлеть, болеть и тосковать, а здоровый образ жизни в понимании современного человека в основном стал ограничиваться соблюдением определенных норм питания или поддержанием хорошей физической формы. Непременное, это важно. Но без внутреннего совершенствования невозможно достичь максимальной эффективности, а именно сохранить нравственное, психическое и физическое здоровье до глубокой старости позволит здоровый образ жизни, основанный на принципах нравственности.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что понятие здорового образа жизни является многогранным. Медицина и здравоохранение достигли уровня, при котором стала очевидной необходимость поиска иного пути оздоровления населения. Этот путь собственно и есть здоровый образ жизни, суть которого — достижение морально-нравственного и физического здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Состояние здравоохранения в мире // Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения: — Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2008. — 152 с.
2. Михаэль, Горен. Путь к здоровью и долголетию / Горен Михаэль. — ПТО «СЕЛФ», 1992. — С. 336.
3. Зайцев, Г.К. Школьная валеология: Педагогические основы обеспечения здоровья учащихся и учителей / Г.К. Зайцев — СПб.: «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2001. — 160 с.

УДК 616.33/.34-006.6

ЕСТЬ ЛИ РЕЗЕРВЫ В СНИЖЕНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА?

Платошкин Э. Н., Платошкина Т. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение здравоохранения

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь

Предотвращение раковых заболеваний является первоочередной целью в отношении как отдельных лиц, так и общества в целом. Прогноз для людей с раком желудочно-

кишечного тракта очень неоптимистичный: не более чем от 5 до 10 % таких пациентов выживают в течение 5 лет после установления диагноза. В то же время, согласно современным представлениям, около 40 % случаев рака можно предотвратить. Несмотря на установленный факт, что хронические воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются наиболее важными независимыми факторами риска развития рака, ранним профилактическим вмешательствам при этой патологии пока уделяется недостаточное внимание в клинической практике, отсутствуют четкие критерии формирования групп повышенного риска для их динамического наблюдения, не решены другие важные вопросы онкопревенции [1].

Международное агентство по изучению рака (IARC) при Всемирной организации здравоохранения причислило к канцерогенам 1 класса *Helicobacter pylori*, что означает безусловную связь персистенции этой бактерии в желудке человека с возникновением некардиального рака. Лечение инфекции *Helicobacter pylori* является стратегией в популяциях с высоким риском по раку желудка (к которым IARC относит и Беларусь). Согласно рекомендаций Маастрихтского IV консенсуса (Флоренция, 2010), со 2-м уровнем научной доказательности рекомендуется эрадикационная терапия при *Helicobacter pylori*-ассоциированном атрофическом гастрите как новый перспективный подход к профилактике рака желудка [2].

IARC также причисляет ацетальдегид в первую группу риска вместе с асбестом и табаком. Считается, что с воздействием ацетальдегида связано около 4 млн. новых случаев заболевания раком ежегодно. Ацетальдегид — это продукт метаболизма алкоголя в организме. Сорта алкоголя с повышенным содержанием сахаров, а также другие продукты ферментации в анацидном желудке (при атрофии слизистой оболочки) способствуют тому, что микроорганизмы, находящиеся в пищеварительном тракте, начинают активно образовывать ацетальдегид в высокой концентрации, что приводит к повреждению ДНК клеток. Атрофия слизистой оболочки, хроническая инфекция *Helicobacter pylori*, особенно на фоне длительной терапии медикаментами, снижающими кислотную секрецию (ингибиторами «протонной помпы», блокаторами H₂-рецепторов гистамина) также способствуют избыточному образованию ацетальдегида в желудке. Кроме того, ацетальдегид из табачного дыма проникает в желудок, растворяясь в слюне курящего. Генные мутации, обнаруживаемые у определенной части населения, повышают восприимчивость к ацетальдегиду, и тем самым риск возникновения рака. Новые клинические исследования препарата на основе L-цистеина показали его эффективность в связывании ацетальдегида в желудке, что может иметь канцерпротективный эффект. L-цистеин как натуральная аминокислота содержится в продуктах питания. Она является обычно используемой пищевой добавкой (E920) и одобрена Европейским управлением контроля безвредности пищевых продуктов (EFSA) в качестве пищевой добавки, подходящей как для взрослых, так и для детей. Кроме того, Управление по контролю качества продуктов и лекарств США (US FDA) сертифицировало L-цистеин, как GRAS (Generally Regarded as Safe, т.е. безопасное вещество).

На популяционном уровне с целью первичной профилактики рака желудочно-кишечного тракта традиционно рекомендуется отказ от курения, чрезмерного употребления алкоголя, снижение избыточной массы тела, ограничение в пище животных жиров, жареной пищи, хлорида натрия. В то же время кажущееся очевидным канцерпротективное действие растительной диеты не нашло подтверждения с позиций «доказательной медицины» [3].

Согласно данным Harvey Murff и сотрудников Гарвардского Университета, опубликованным в журнале «Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention», накапливается все больше свидетельств, подтверждающих, что люди, которые придерживаются диеты с повышенным содержанием омега-6 полиненасыщенных жирных кислот и низким омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, подвержены риску развития рака (в том числе — желудочно-кишечного тракта) на 95 % чаще, чем популяция в целом.

Полиненасыщенные жирные кислоты являются эссенциальными нутриентами. В зависимости от расположения ненасыщенной «двойной связи» в конформационной структуре молекулы полиненасыщенные жирные кислоты подразделяют на 2 основных семейства: омега-3 и омега-6. Полиненасыщенные жирные кислоты омега-3 типа по сравнению с омега-6 более

длинные и более ненасыщенные. Основные пищевые источники полиненасыщенных жирных кислот омега-3 типа — рыба и нерыбные морепродукты (моллюски, ракообразные, водоросли), в которых из кислот данного семейства преобладают эйкозопентаеновая (C22:5) и докозагексаеновая (C24:6). Наиболее богата омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами рыба, обитающая в холодных морях. В продуктах не морского происхождения из омега-3 полиненасыщенных жирных кислот встречается, в основном, альфа-линоленовая кислота. Причем лишь единственный продукт — льняное масло содержит много альфа-линоленовой кислоты. Соответственно, употребить в пищу достаточное количество омега-3 полиненасыщенных жирных кислот можно только путем ежедневного включения в рацион достаточного количества рыбы, рыбьего жира и других морепродуктов. Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты представлены как продуктами функционального питания, биологически активными добавками к пище, так и высокоочищенными препаратами. Именно по применению последних в дозе 1–2 г в сутки с профилактической целью имеются публикации в научной литературе.

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о существенно более низкой смертности от колоректального рака в Японии по сравнению с США, что связывают с употреблением японцами в пищу природных пребиотиков, способствующих нормализации кишечной микрофлоры. Этот факт и ряд экспериментальных исследований на животных позволяют говорить о целесообразности использования пребиотиков для профилактики колоректального рака [4].

Рациональным является изучение применения хемопрофилактики в группах высокого риска (аденоматозными полипами, отягощенным семейным анамнезом у кровных родственников первой и второй линии родства по колоректальному раку). Как хемопрофилактика у этих пациентов рассматривается применение нестероидных противовоспалительных средств, витаминов А, С, D, Е, кальций, фолиевая кислота. Препараты 5-аминосалициловой кислоты (сульфасалазин и др.) оказывают протективное действие у пациентов с язвенным колитом.

Таким образом, в настоящее время имеются новые сведения о потенциально эффективных средствах профилактики рака желудочно-кишечного тракта. На основании имеющихся сведений по хемопрофилактике рака желудочно-кишечного тракта мы в своей практике используем препараты висмута, урсодезоксихолевой кислоты, омега-3 полиненасыщенных жирных кислот. Первые результаты подобных профилактических мер обнадеживают, но требуют накопления достаточного количества наблюдений для их подтверждения.

Несмотря на то, что 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, эти меры радикально не способны изменить проблему рака желудочно-кишечного тракта. Это объясняется тем, что наследственные онкогенетические синдромы, такие как семейный полипоз, являются причиной развития лишь от 3 до 10 % рака желудочно-кишечного тракта [5]. Поэтому основные надежды на профилактику рака желудочно-кишечного тракта связаны с направленной на канцерпревенцию работу терапевтов-гастроэнтерологов. Требуется дальнейшего изучения эффективности хемопрофилактики диспластических и метапластических изменений, аденоматозной трансформации слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, для чего необходимы многоцентровые клинические исследования, охватывающие значительные когорты пациентов из групп высокого риска.

ЛИТЕРАТУРА

1. Далидович, К. К. Предраковые состояния органов пищеварения. Формирование групп повышенного риска / К. К. Далидович. — М.: Технопринт, 1996. — 244 с.
2. Management of *Helicobacter pylori* infection — the Maastricht IV/Florence Consensus Report // GUT. — 2012. — Vol. 61. — P. 646–664.
3. Implementation of a 4-y, high fiber, high-fruit-and-vegetable, low-fat dietary intervention: results of dietary changes in the Polyp Prevention Trial / E. Lanza [et al.] // Am. J. Clin. Nutr. — 2001. — Vol. 74. — P. 387–401.
4. Мазо, В. К. // Российский журнал гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол — 2007. — № 1. — С. 60–68.
5. Баранская, Е. К. // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. — 2002. — № 3. — С. 7–14.