

2. Баевский, Р. М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии / Р. М. Баевский. — М.: Медицина, 1979. — 295 с.

3. Голофеевский, В. Ю. Теоретические основы информационной диагностики заболеваний и прерморбидных состояний / В. Ю. Голофеевский. — СПб., 2006. — 32 с.

4. Система комплексного компьютерного исследования физического состояния спортсменов «Омега-С». Документация пользователя. — СПб., 2006. — 65 с.

5. Смирнов, К. Ю. Разработка и исследование методов математического моделирования и анализа биоэлектрических сигналов / К. Ю. Смирнов, Ю. А. Смирнов. — СПб., 2001. — 60 с.

6. Ярилов, С. В. Физиологические аспекты новой информационной технологии анализа биофизических сигналов и принципы технической реализации / С. В. Ярилов. — СПб., 2006. — 47 с.

УДК 616.345/.351-006-084

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Платошкин Э. Н.*, Платошкина Т. В., Василевич Н. В.*,**

Маланчева Т. О.*, Борсук А. Д.*****

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»*

Учреждение здравоохранения

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»**

Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр»

радиационной медицины и экологии человека***

г. Гомель, Республика Беларусь

Колоректальный рак (КРР) встречается с высокой частотой в странах Европы, Северной Америки и Австралии. Согласно «Трансатлантической декларации по скринингу и профилактике колоректального рака», принятой в 2009 г., КРР занимает 3-е место по распространенности и 4-е место по количеству смертей среди всех злокачественных новообразований (529 тыс. умерших в год). В Европе ежегодно регистрируется 400 тыс. новых случаев КРР и 200 тыс. смертей. В США ежегодно регистрируется 150 тыс. новых случаев КРР и 50 тыс. смертей. В нынешней структуре заболеваемости КРР в Республике Беларусь составляет около 10 % среди всех злокачественных новообразований [1].

В настоящее время основные усилия исследователей сконцентрированы на ранней (т. н. «донозологической») диагностике КРР и предраковых изменений, в том числе полипов толстой кишки. На метаанализе исследований по риску семейного КРР и аденоматозных полипов основаны рекомендации Американской ассоциации гастроэнтерологов по проведению скрининговых программ по раннему выявлению КРР [2]. Министерством здравоохранения Республики Беларусь утверждены отечественные «Алгоритмы диагностики, профилактического обследования, диспансерного наблюдения пациентов, имеющих наследственную предрасположенность к злокачественным новообразованиям» (Залуцкий И. В., Антоненкова Н. Н., Порубова Г. М., 2007), регламентирующие открытие в областных онкологических диспансерах онкогенетических кабинетов.

По мнению экспертов ВОЗ 40 % случаев рака можно предотвратить. Однако генетические синдромы, такие как семейный полипоз, являются причиной развития лишь от 3 до 5 % КРР. Поэтому продолжается поиск мер первичной и вторичной профилактики КРР на популяционном и индивидуальном уровне [3, 4 и др.].

В связи с тем, что КРР в возрасте старше 55 лет встречается в общей популяции в пропорции приблизительно 50 случаев на 100 тыс. в год, с позиций доказательной медицины, проведение рандомизированного исследования по изучению эффективности того или иного профилактического средства среди населения является нецелесообразным ввиду необходимости наблюдения за сотнями тысяч пациентов в течение нескольких лет с целью получения значимых различий в группах сравнения. Рациональным является изучение применения хемопрофилактики в группах высокого риска (у пациен-

тов с язвенным колитом, аденоматозными полипами, отягощенным семейным анамнезом у кровных родственников первой и второй линии родства по КРР), наблюдающихся в центре превентивной гастроэнтерологии ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека».

Как хемопрофилактика КРР рассматривается применение нестероидных противовоспалительных средств, витаминов А, С, D, E, кальций, фолиевая кислота, H₂-антагонисты. Препараты 5-аминосалициловой кислоты (сульфасалазин и др.) оказывают протективное действие у больных язвенным колитом. Среди потенциальных протективных в отношении КРР рассматривается урсодезоксихолевая кислота. На сегодняшний день собран достаточно большой материал по ее хемопрофилактическому действию, охватывающий молекулярные, биохимические, экспериментальные и клинические данные [4].

Нами проанализированы данные обзоров по профилактике КРР и первый опыт динамического наблюдения и лечения 82 пациентов с предопухоловой патологией толстой кишки в Центре превентивной гастроэнтерологии, а также оценены результаты гистологических исследований биоптатов из полипов у 234 пациентов и 75 полипэктомий из толстой кишки, выполненных в эндоскопическом отделении ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека». Все наблюдаемые нами пациенты с язвенным колитом (28 мужчин и 23 женщины) получали лечение препаратами 5-аминосалициловой кислоты внутрь в средней дозе 4–6 г/сут.; в семи случаях с выраженной активностью заболевания и наличием псевдополипов назначались коротким курсом глюкокортикоиды (внутри или в виде микроклизм) в стандартных дозировках. При сочетании язвенного колита с патологией гепатобилиарной системы (в пяти случаях) после основного курса лечения пациентам назначалось лечение препаратами урсодезоксихолевой кислоты (Холудексан® и др.) в дозе 10–15 мг/кг курсом 1–3 месяца. Клинико-эндоскопический контроль показал эффективность такого подхода к достижению ремиссии заболевания.

Полипы наиболее часто локализовались в сигмовидной кишке (более 30 %), также у 1/3 пациентов 2 и более полипов локализовались в различных отделах толстой кишки. Основным методом лечения аденоматозных полипов толстой кишки является эндоскопическая полипэктомия с тотальным гистологическим исследованием. По гистологической структуре среди удаленных полипов преобладали тубулярные аденомы с дисплазией легкой степени (около 60 %). При дисплазии тяжелой степени или наличии дисплазии в основании полипа (18,4 %) больным выполнялись повторные биопсии и биоптаты консультировались морфологом-онкологом. Повышает выявление мелких аденом хромоколоноскопия. В случае выявления гиперплазиогенных полипов на фоне воспалительных изменений слизистой оболочки толстой кишки (19,7 %) эффективным оказалось проведение противовоспалительного 2–4-х недельного курса лечения препаратами 5-аминосалициловой кислоты внутрь в средней дозе 4 г/сут.; в случае сочетания с гиперплазиогенными полипами желудка назначали препарат коллоидного субсалицилата висмута (Де-Нол®) по 0,12×4 раза в день внутрь в течение месяца (рассчитывая на его цитопротективное и нормализующее микрофлору действие). Более, чем в половине случаев была выявлена связь гиперплазиогенных полипов с приемом ряда лекарственных препаратов, что позволило рекомендовать, по возможности, отмену их приема (это оказалось возможным у 1/3 пациентов). При сочетании полипов с патологией гепатобилиарной системы (в девяти случаях), пациентам назначалось лечение препаратами урсодезоксихолевой кислоты (Холудексан® и др.) в дозе 10–15 мг/кг курсом 1–3 месяца. Подобный подход позволяет снизить рецидивирование гиперплазиогенных полипов после эндоскопической полипэктомии. Побочных эффектов от проводимого лечения не было.

Проводимое наблюдение за пациентами группы высокого риска по КРР 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. В перспективе планируется внедрение анкет-

опросников и 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 КРР среди населения.

Требует дальнейшего изучения эффективность хемопрофилактики диспластических и метапластических изменений слизистой оболочки толстой кишки, для чего необходимы дальнейшие клинические исследования, охватывающие значительные когорты пациентов из групп высокого риска по КРР.

На популяционном уровне с целью первичной профилактики КРР традиционно рекомендуется снижение избыточной массы тела, повышение физической активности, нормализация функции кишечника, ограничение в пище животных жиров, жареной пищи. Кажущееся очевидным протективное действие овощной и растительной диеты, приводящее к обогащению пищевого рациона природными антиоксидантами, микроэлементами и растительными волокнами, одобренное в 1997–1998 гг. экспертами Американского национального института рака и Медицинского комитета по политике в области питания Великобритании, не нашло подтверждения в когортных многолетних исследованиях [5 и др.].

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о существенно более низкой смертности от КРР в Японии по сравнению с США, что связывают с употреблением японцами в пищу природных пребиотиков (фруктоолигосахаридов), способствующих нормализации кишечной микрофлоры. Этот факт и ряд экспериментальных исследований на животных позволяют говорить о целесообразности использования пре- и пробиотиков для профилактики КРР [3].

Таким образом, анализ литературных данных показывает, что только существенные нарушения питания с нарушением опорожнения кишечника и изменением состава кишечного микробиоценоза способствуют реализации патологического влияния канцерогенов различной природы на слизистую оболочку толстой кишки и повышению риска КРР. Следовательно, основными направлениями популяционной профилактики КРР, является информирование населения, пропаганда здорового образа жизни и проведение скрининговых программ для выделения групп высокого риска для динамического наблюдения и лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мазо, В. К. Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии. и колопроктол / В. К. Мазо, И. В. Гмошинский, Н. В. Корочанская— 2007. — № 1. — С. 60–68.
2. Секачева, М. И. // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктол. — 2006. — № 1. — С. 30–34.
3. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси / И. В. Залуцкий [и др.]. — Мн.: Зорны верасень, 2006. — 207 с.
4. 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.
5. 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.

УДК: 616.594.171.2-055.26

ИНТЕРЛЕЙКИН-4 И ИНТЕРФЕРОН- γ КАК ПРЕДИКТОРЫ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Плющай В. В., Барановская Е. И., Жаворонок С. В., Воропаев Е. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Государственное учреждение образования

«Белорусская медицинская академия последипломного образования»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время уделяется большое внимание в изучении значения иммунного статуса организма в развитии кандидозной инфекции. Роль иммунной системы в ус-