

Сульфасалазин доказал эффективность в индукции клинико-эндоскопической ремиссии как у медленных ацетиляторов ($p < 0,0001$), так и у больных язвенным колитом с разным фенотипом ацетилирования ($p < 0,0001$). У быстрых ацетиляторов лекарственный препарат не повлиял на развитие клинико-эндоскопической ремиссии ($p = 0,48$).

На фоне лечения сульфасалазином частота клинико-эндоскопической индукции у быстрых ацетиляторов не отличалась как от больных язвенным колитом с разным фенотипом ацетилирования ($p = 0,08$), так и от пациентов, относившихся к медленным ацетиляторам ($p = 0,48$). Клинико-эндоскопическая ремиссия, чаще, развивалась у медленных ацетиляторов по сравнению с больными язвенным колитом с быстрым типом ацетилирования ($p = 0,03$).

Обобщая представленные результаты исследования, можно сделать следующие выводы:

1. Сульфасалазин позволил достичь клинико-эндоскопической ремиссии язвенного колита в 57,14 % случаев.

2. У медленных ацетиляторов сульфасалазин являлся эффективным лекарственным препаратом, позволявшим добиться клинико-эндоскопической ремиссии ($p < 0,0001$).

3. Клинико-эндоскопическая ремиссия, индуцированная сульфасалазином, чаще наступала у пациентов с медленным ацетиляторным фенотипом ($p = 0,03$).

4. У быстрых ацетиляторов сульфасалазин не способствовал развитию клинико-эндоскопической ремиссий ($p = 0,48$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Acetylator phenotype and serum levels of sulfapyridine in patients with inflammatory bowel disease / M. E. Sharp [et al] // Eur. J. Clin. Pharmacol. — 1981. — Vol. 21. — P. 243–250.

2. Основанный на доказательствах Европейский консенсус по диагностике и лечению язвенного колита / Нац. группа по воспалительным заболеваниям кишечника Республики Беларусь; редкол.: Ю. Х. Мараховский [и др.]. — Минск, 2008. — 216 с.

УДК 616.353.1-006.6-07

ВОЗМОЖНОСТИ СИМПТОМОВ ТРЕВОГИ В ВЫЯВЛЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Михайлова Е. И., Филиппенко Н. В., Михайлов В. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Снижение уровня смертности от колоректального рака может быть достигнуто путем выявления и лечения ранних форм этого заболевания. Отравной точкой в диагностике колоректального рака является клиническая картина. Однако, многие врачи больше полагаются на инвазивные инструментальные методы обследования (ирригоскопию и(или) колоноскопию), которые позволяют им с уверенностью диагностировать злокачественный процесс в толстой кишке. К сожалению, эти методы являются не только обременительными для многих пациентов, требующими, в ряде случаев, даже их госпитализации, но и весьма дорогостоящими [1, 2, 3].

Цель исследования

Изучение диагностических возможностей симптомов «тревоги» в выявлении колоректального рака.

Материал исследования

В группу исследования вошли 67 больных колоректальным раком, в группу контроля — 93 пациента с синдромом раздраженного кишечника, 20 больных — с дивертикулами толстой кишки и 25 — здоровых добровольцев.

Диагноз колоректального рака во всех случаях имел морфологическое подтверждение. В качестве симптомов «тревоги» использованы их клинические проявления, такие, например, как похудание, субфебрилитет, примесь крови в кале и т. д.

Статистическая обработка данных проведена с применением пакета прикладных программ «Statistica» 6.0 (США) и «MedCalc Software» (Belgium). Для анализа различия частот значения качественного (бинарного) признака в 2 независимых выборках использован двусторонний тест точного критерия Фишера. Оценка взаимосвязи количественных и(или) качественных признаков производилась с помощью ранговой корреляции по Кендаллу. Для определения информативности диагностического метода строились характеристические кривые (ROC-кривые) чувствительность-1-специфичность с расчетом коэффициента — площадь под кривой (ППК) и стандартной ошибки (СО). В качестве диагностических характеристик использовались: чувствительность, специфичность, отношение правдоподобия положительного результата (ОППР), отношение правдоподобия отрицательного результата (ОПОР), положительная прогностическая ценность (ППЦ) и отрицательная прогностическая ценность (ОПЦ). Чувствительность и специфичность представлены с указанием 95 % доверительного интервала (95 % ДИ). Статистически значимыми считали различия при уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования

Симптомы «тревоги» выявлены у 39 из 67 пациентов с колоректальным раком, у 16 из 93 больных с синдромом раздраженного кишечника, у 1 из 20 пациентов — с дивертикулами толстой кишки и ни у 1 из 25 здоровых добровольцев. Маркер статистически достоверно чаще встречался у больных колоректальным раком по сравнению с пациентами, имеющими дивертикулы толстой кишки ($p = 0,00002$), больными с синдромом раздраженного кишечника ($p < 0,000001$) и здоровыми добровольцами ($p < 0,000001$).

При использовании ранговой корреляции по методу Кендалла не найдено ассоциации частоты выявления маркера с глубиной прорастания опухоли в стенку кишки ($\tau = 0,03$, $p = 0,75$), поражением лимфатических узлов ($\tau = 0,00$, $p = 1,00$), отдаленными метастазами ($\tau = -0,11$, $p = 0,18$), степенью дифференцировки опухоли ($\tau = 0,10$, $p = 0,25$) и стадией опухолевого процесса ($\tau = -0,02$, $p = 0,77$). Установлена статистически достоверная взаимосвязь появления симптомов «тревоги» с дистальной локализацией первичной опухоли ($\tau = 0,44$, $p < 0,0001$, 95 % ДИ:0,23/0,64) и ее блюдцеобразной формой ($\tau = -0,30$, $p = 0,01$, 95 % ДИ:-0,58/0,05).

ROC-кривая диагностической значимости симптомов «тревоги» в выявлении колоректального рака представлена на рисунке 1.

В выявлении колоректального рака чувствительность симптомов «тревоги» составила 58,20 % (95 % ДИ:45,5/70,1), специфичность — 87,70 % (95 % ДИ:81,0/92,7), ОППР — 4,73, ОПОР — 0,48, ППЦ — 69,6 %, ОПЦ — 81,2 %.

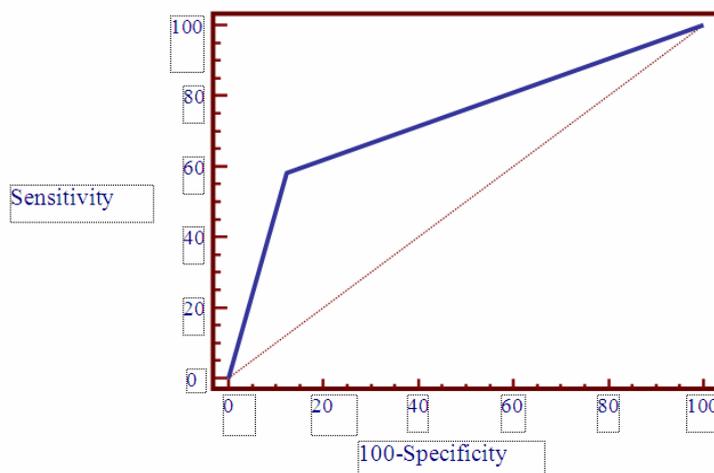


Рисунок 1 — ROC-кривая диагностической значимости симптомов «тревоги» в диагностике колоректального рака

Маркер в диагностике злокачественных опухолей толстой кишки обладал невысокой диагностической значимостью с ППК: $0,73 \pm 0,04$.

Заключение

Таким образом, симптомы «тревоги» обладали невысокой чувствительностью в выявлении колоректального рака. Это подтверждает не только интуицию некоторых врачей, но и мнение многих исследователей, которые считают, что диагностика этого заболевания только по клиническим симптомам без проведения специальных лабораторных и инструментальных исследований весьма затруднительна [4, 5, 6].

Обобщая представленные результаты исследования, можно сделать следующие **выводы**:

1. У больных колоректальным раком симптомы «тревоги» достоверно чаще встречались по сравнению с пациентами, имеющими дивертикулы толстой кишки ($p = 0,00002$), больными с синдромом раздраженного кишечника ($p < 0,000001$) и здоровыми добровольцами ($p < 0,000001$).

2. Маркер позволял выявлять колоректальный рак в 58,20 % (95 % ДИ: 45,5/70,1) случаев. Специфичность симптомов «тревоги» составляла 87,70 % (95 % ДИ: 81,0/92,7).

3. Дистальная локализация первичной опухоли и ее блюдцеобразная форма ассоциированы с обнаружением клинических проявлений симптомов «тревоги» ($\tau = 0,44$, $p < 0,0001$, 95 % ДИ: 0,23/0,64 и $\tau = -0,30$, $p = 0,01$, 95 % ДИ: -0,58/0,05 соответственно).

ЛИТЕРАТУРА

1. Пиманов, С. И. Возможности скрининговой диагностики рака ободочной кишки с учетом ложноотрицательных результатов / С. И. Пиманов, Е. В. Вергасова, Н. Г. Луд // Рос. журн. гастроэнт., гепатол., колопрот. — 2001. — № 5, прил. № 15. — М., 2001. — С. 136.
2. Скрининг колоректального рака (литературный обзор) / Е. И. Михайлова [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. — 2005. — № 3(5). — С. 77–85.
3. Randomised study of screening for colorectal cancer with fecal occult blood test at funen in Denmark / O. Kronberg [et al.] // Lancet. — 2000. — № 5. — P. 1134–1137.
4. Гарин, А. М. Рак толстой кишки. Современное состояние проблемы / А. М. Гарин. — М.: ИЧП Фирма «Рича», 1998. — 58 с.
5. Ривкин, В. Л. Руководство по колопроктологии / В. Л. Ривкин, А. С. Бронштейн, С. Н. Файн. — М.: Медпрактика, 2001. — 300 с.
6. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2005. [Electronic resource] / Atlanta, GA: American Cancer Society, 2005. — Access of mode: <http://www.cancer.org/downloads/STT/CPED2005v5PWSecured.pdf>. — Date of access: 12.12.2007.

УДК 616-002.5:616.98:578.828НIV]:616.015.46(476.2)

МНОЖЕСТВЕННАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

**Михасёв М. Н., Борисенко Т. Д., Бурвель П. И.,
Шаршакова Т. М., Тарасюк И. В., Суркова Л. К.**

Учреждение

«Гомельская областная туберкулезная клиническая больница»

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Государственное учреждение образования

«Белорусская медицинская академия последипломного образования»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Развитие множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) утяжеляет течение туберкулеза и является одним из ведущих факторов, существенно снижающих эффективность лечения, увеличивающих его стоимость и ведущих к развитию практически неизлечимых форм заболевания [1].