

## ☆ Обзоры и лекции

14. *The BARI 2D. A Randomized Trial of Therapies for Type 2 Diabetes and Coronary Artery Disease* // *N Engl J Med.* – 2009. – № 360. – P. 2503–2515.

15. *Townsend, N. Cardiovascular disease in Europe – epidemiological update 2015.* / N. Townsend, M. Nichols et al. // *European Heart Journal.* – 2015. – № 36 (40) – С. 2696–705.

16. *UK Perspective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34)* // *Lancet.* – 1998. – № 352(9131). – P. 854–865.

17. *World Health Organization: ICD-11 Beta Draft (Foundation)* /URL: <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse;f=15.01.2014>.

Поступила 2.02.2016 г.

*И. И. Гончарик*

### РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ: ВЗГЛЯД ИНТЕРНИСТА

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

*I. I. Goncharik*

### COLON CANCER: LOOK OF AN INTERNIST

В последние десятилетия во многих странах мира, в том числе в Беларуси, происходит устойчивый рост заболеваемости раком толстой кишки (РТК). В структуре онкологической заболеваемости РТК вышел на третье-четвертое место, уступая лишь раку легкого, желудка и молочной железы и имеет тенденцию к дальнейшему учащению (3,5). В США и странах Западной Европы РТК по распространенности находится на втором и третьем месте после рака молочной железы и легких. Он занимает второе место среди причин смерти у пациентов злокачественными заболеваниями. Считается, что у 6% американцев при определенных условиях может развиться РТК (2, 6). Риск развития РТК резко увеличивается у эмигрантов из районов низкого риска (где придерживаются диеты с высоким содержанием клетчатки и низким содержанием жира) в зоны высокого риска развития РТК (где распространена так называемая «западная диета»).

#### Факторы риска РТК

- Старение: после 40 лет заболеваемость РТК год от года возрастает, удваиваясь каждые 10 лет.
- РТК или полипы у ближайших родственников: наличие у родственников первой степени родства коло-ректального рака или полипоза толстой кишки в 3 раза увеличивает риск развития РТК. В этих случаях необходимо раннее скрининговое обследование.
- Высокое содержание жира (особенно жареной говядины и баранины) и низкое содержание клетчатки в рационе: животные жиры вызывают повышение экскреции солей желчных кислот с калом и увеличивают рост бактерий, что может приводить к разрушению солей желчных кислот с образованием канцерогенов. Такой же эффект оказывает курение, перенесенная холецистэктомия и резекция желудка.
- Заболевания кишечника:
  - язвенный колит: риск больше у пациентов с тотальным поражением толстой кишки, чем у тех,

у кого процесс ограничен левыми отделами толстой кишки (от селезеночного изгиба до прямой кишки). У пациентов с изолированным поражением правой кишки (язвенный проктит) риск возникновения РТК существенно не отличается от такового в популяции в целом (4);

- болезнь Крона: риск развития РТК в 10 раз выше, чем в основной популяции; он, как правило, развивается в области стриктуры кишки и кишечного анастомоза;
- наличие в прошлом РТК;
- аденоматозные полипы: считается, что большинство, если не все, опухоли кишечника возникают из предшествующих аденоматозных полипов. В течение 5, а чаще 10 лет гистологически подтвержденный аденоматозный полип толстой кишки превращается в рак.
  - Злокачественные опухоли половых органов и молочной железы у женщин.
  - Гиподинамия: установлена обратная связь между физическими упражнениями (депрессией) и риском РТК.

РТК может локализоваться в любом ее отделе. Примерно в 50% случаев опухоль расположена в прямой и сигмовидной кишке, в 25% случаев – в поперечной и восходящей кишке и в 25% случаев – в нисходящей, поперечной и нисходящей кишке.

**Клиническая картина** зависит от локализации опухоли и наличия метастазов.

Самым частым симптомом РТК является изменение частоты и характера стула, но к врачу обращаются чаще всего по поводу кровотечения (явная или скрытая кровь, слизь). Кровотечение может быть обнаружено при пальцевом ректальном исследовании или анализе кала. Возможен запор. Если опухоль полностью закрывает просвет кишки возможен понос.

РТК правых отделов вызывает анемию вследствие медленной хронической кровопотери. Нередко в брюшной полости определяют опухолевидный инфильтрат и возникают боли в животе, но из-за большого диаметра проксимальных отделов ободочной кишки и жидкого кишечного содержимого острая кишечная непроходимость развивается редко и на поздних стадиях заболевания. Возможны также похудание, отсутствие аппетита, недомогание, наличие объемного образования в брюшной полости, формирование кишечного-пузырного, кишечного-желудочного или наружного кишечного свища.

РТК левых отделов проявляется нарушениями функциональной и моторной деятельности кишечника. К развитию кишечной непроходимости предрасполагают небольшой диаметр дистальных отделов ободочной кишки, плотные каловые массы и частое циркулярное поражение кишки опухолью.

Гематогенное метастазирование РТК обычно затрагивает печень; возможны поражения костей, легких и головного мозга.

**Диагноз.** Учитываются так называемые малые признаки рака: отсутствие аппетита, похудание, недомогание, анемия, кишечный дискомфорт, изменение частоты и характера стула, различные болевые ощущения, кровотечение из нижних отделов желудочно-кишечного тракта, длительные хронические заболевания кишечника, полипоз. В постановке диагноза помогают глубокая скользящая пальпация, нередко позволяющая обнаружить наличие объемного образования в брюшной полости, пальцевое исследование (рак прямой кишки), ирригоскопия (обнаруживает кольцевидное сужение кишечного просвета, дефект наполнения с нечеткими контурами), гибкая ректосигмоскопия и особенно колоноскопия с целевой биопсией, которая является «золотым стандартом» в диагностике РТК. Она является наилучшим методом исследования толстой кишки на наличие полипов или злокачественной опухоли. Кроме того, полипы при колоноскопии можно удалить, а если они слишком велики и неудобны для удаления из-за слишком широкого основания – взять биопсию для гистологического исследования. В будущем КТ-голография будет играть важнейшую роль в диагностике РТК (1).

При лабораторном исследовании выявляют железодефицитную анемию, низкий уровень железа в сыворотке, лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Повышение активности ЩФ свидетельствует о метастазах в печень. Иногда существенным признаком метастатического поражения печени служит увеличение активности ЛДГ и/или ГГТП в сыворотке. Гипербилирубинемия с повышением активности ЩФ указывает на множественные метастазы в печень (5). По возможности стараются исключить метастазы, для чего проводят КТ (с внутривенным контрастированием) грудной клетки, живота и малого таза.

Гистологически отличить крупный доброкачественный полип, а также другие доброкачественные процессы от РТК несложно. В 90–95% случаев РТК представлен аденокарциномой.

Для раннего обнаружения РТК придается значение определению скрытой крови в кале с помощью гемокульт-теста. Современные модификации дают положительные результаты при потере 1 мл крови. По данным литературы, примерно у 50–85% лиц с положительными результатами гемокульт-теста выявляют предраковые или злокачественные образования. Гемокульт-тест является скрининговым методом для диагностики РТК.

Важным представляется определение раково-эмбрионального антигена (РЭА), который при РТК оказывается повышенным (при верхней границе нормы 2,5 нг/мл) у 36–83% пациентов.

Новые возможности скрининга для обследования открываются при определении копрологического теста «Тumor Mр2-РК» на опухолевую пируваткиназу – ключевого гликолитического фермента метаболизма гастроинтестинальной опухоли (5).

**Лечение** РТК хирургическое. Химио- и лучевая терапия малоэффективны.

**Профилактика.** Как и при профилактике любых других заболеваний, при РТК существует первичная и вторичная профилактика. Первичная профилактика РТК подразумевает выявление факторов риска развития заболевания и осуществление мероприятий по снижению этого риска. К вторичной профилактике относится обнаружение заболевания на ранних его стадиях, когда лечение бывает наиболее эффективным и наносит минимальный вред здоровью пациента.

Снизить риск развития РТК можно, придерживаясь так называемой «здоровой» диеты, которая основана на ограничении содержания в пищевом рационе животных жиров и мяса, особенно в жареном виде и на увеличении употребления растительной клетчатки, свежих овощей, фруктов, витаминов А, С, Е, молочных продуктов, богатых метионином и кальцием. Необходимо ежедневное употребление фолатов, которые являются природными антиоксидантами, чем и обусловлен антимуtagenный защитный профилактический эффект. Необходимы высокая физическая активность и нормальная масса тела.

Лицам, входящим в группу риска (РТК в семье, полипы толстой кишки, хронические воспалительные заболевания толстой кишки, наличие в прошлом РТК) необходимо тщательное динамическое наблюдение для раннего выявления опухолей и их своевременного лечения. Своевременное удаление полипов – эффективный способ профилактики рака. У радикально оперированных пациентов по поводу РТК обязательно проведение эндоскопического исследования через 6 и 12 мес в первый год после выполненной операции, а затем один раз в два года. Это необходимо для диагностики не только возможного местного ре-

## ☆ Обзоры и лекции

цидива опухоли, но и вновь образующихся полипов в других отделах толстой кишки, что нередко бывает у данных пациентов (6).

Оптимальным считается, что каждый человек в группе риска старше 40 лет, один раз в два-три года должен быть полностью обследован, включая гибкую сигмоскопию или колоноскопию, УЗИ органов брюшной полости.

У всех людей после 50 лет следует проводить анализ кала на скрытую кровь, беря материал для исследования при трех спонтанных дефекациях. В случае положительного результата у них следует проводить гибкую сигмоскопию или колоноскопию. Скрининговое обследование позволяет уменьшить смертность от РТК не только благодаря его обнаружению, но так-

же благодаря выявлению и удалению аденом, из которых в будущем может развиваться рак.

### Литература

1. Авундук, К. Гастроэнтерология. – М., 2013. – 750 с.
2. Мак Нелли, П. Р. Секреты гастроэнтерологии. – М., 1999. – 1022 с.
3. Онкология: национальное руководство / Под ред. В. И. Чисова, М. М. Давыдова. – М., 2008. – 1072 с.
4. Румянцев, В. Г. Язвенный колит: Руководство для врачей. – М., 2009. – 424 с.
5. Семионкин, Е. И. Руководство по колопроктологии. – М., 2014. – 272 с.
6. Филипс, Р. К. С. Колоректальная хирургия. – М., 2009. – 348 с.

Поступила 2.11.2015 г.

*В. И. Петров, Н. В. Пантелеева, А. А. Кралько, Н. В. Иванчиков*  
**ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ПАЦИЕНТОВ  
С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ  
КАК ФАКТОР ПРОТИВОПРАВНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

*УО «Могилёвский государственный университет им. А. А. Кулешова»,  
РНПЦ психического здоровья МЗ Республики Беларусь,  
Институт МВД Республики Беларусь*

*Представлены сведения об особенностях протекания психических процессов у больных с расстройствами личности, которые определяют возможность совершения ими противоправных действий. Расстройства психической деятельности в виде нарушений восприятия, мышления, эмоций, двигательного волевого сферы с дезорганизацией поведения при декомпенсации расстройств личности создают условия для возникновения криминальных событий применительно к правоохранительной практике. По данным судебно-психиатрической экспертизы возможность реализации социально-опасного поведения в виде общественно-опасных деяний связана с индивидуально-психологическими особенностями больных с расстройствами личности, динамикой психических процессов, социальной ситуацией их жизнедеятельности. В статье рассмотрены признаки расстройств личности, способствующие противоправному поведению. Обращено внимание на необходимость оптимальной коммуникации с ними, профилактики преступных действий со стороны больных с расстройствами личности. Представленная статья имеет конкретное практическое значение.*

**Ключевые слова:** расстройство личности, право, экспертиза, общественно-опасное деяние.

*V. I. Petrov, N. V. Panteleeva, A. A. Kralko, N. V. Ivanchikov*

**THE FEATURES OF COURSE MENTAL PROCESSES THE PATIENTS WITH DISORDERES OF PERSONALITY AS A FACTOR APPEARANCING OF CRIMINAL EVENTS**

*The data about the features of course mental processes at patients with disorderes of personality, which will defining the possibility of committing by them against law actes are presented. The disorderes of mental activity in the view of breaking perception, way of thinking, emotions and move-willing sphere with disorderes organization of behaviour in the time of turn for the worse disorderes of personality creating the conditions for to appearance of criminal events using in law guard practice. On the data of justice-psychiatrical expertise the possibility of manifestation social-danger behaviour in the view of social-danger actes connecting with individual-psychological peculiarity patients with disorderes of personality, flowing the mental processes, the social situation their life. In the article have been examined the signs of disorderes of personality, which furthering against law behaviour. One must considering the needing of can be able to have f talk with this group of persons, of prophylaxis the criminal actions with the patients of the disorderes of personality. The present article has concrete practical meaning.*

**Key words:** law, disorderes of personality, expertise, social-danger action.

ISSN 2074-5044

# ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА

Гончарик И.И. с.108 Рак толстой кишки

2/2016