



### Употребление жареного мяса повышает риск развития рака поджелудочной железы

Согласно данным исследования, результаты которого были представлены на 100-м съезде Американской ассоциации по исследованию рака в 2009 г. (American Association for Cancer Research 100th Annual Meeting 2009), употребление мяса, приготовленного при высоких температурах или на открытом огне, может повышать риск развития рака поджелудочной железы (РПЖ).

Под руководством профессора Kristin Anderson из Школы общественного здоровья Университета Миннесоты (the University of Minnesota School of Public Health) было проведено проспективное исследование, включившее 62 581 здорового добровольца. На протяжении 9 лет ученые исследовали взаимосвязь особенностей питания и возникновения РПЖ среди участников, распределенных на пять групп с учетом частоты употребления мяса, приготовленного на гриле. РПЖ был диагностирован у 208 человек, которые относились к первым двум группам, наиболее часто употреблявшим жареное мясо. Согласно данным исследования, употребление прожаренного бифштекса повышает риск развития РПЖ на 60%, а подгоревшего мяса – на 70%.

Результаты исследования свидетельствуют, что большое значение имеет не только характер питания, но и температура приготовления и степень прожаривания мяса. По мнению Kristin Anderson, риск развития РПЖ можно снизить при ограничении потребления красного мяса, приготовленного на гриле.

ACR Press Releases, April 21, 2009

### Новые данные исследования EURO CARE относительно уровня выживаемости больных с онкопатологией в Европе

Новые данные анализа длительного исследования выживаемости больных раком в Европе показывают, что число пациентов, у которых наблюдается полное излечение, возрастает.

Специальный выпуск European Journal of Cancer содержит отчет рабочей группы исследования EURO CARE-4, в котором проводили сравнение уровней выживаемости больных раком за 1988-1990 и 1997-1999 гг.

Исследование EURO CARE было начато в 1990 г. и является наиболее масштабным эпидемиологическим исследованием выживаемости больных с онкопатологией в Европе. В его последний отчет – EURO CARE-4 – вошли данные 93 медицинских регистров из 23 европейских государств, которые включают около 151 млн 400 тыс. человек (35% населения этих стран). База данных EURO CARE-4 содержала информацию почти о 13,5 млн пациентов, у которых в период с 1978 по 2002 год был диагностирован рак.

При анализе данных за 1988-1990 и 1997-1999 гг. было выявлено, что в Европе количество пациентов, излечившихся от рака легких, увеличилось с 6 до 8%, желудка – с 15 до 18%, прямой кишки – с 42 до 49%. Уровень выживаемости среди больных старшей возрастной группы (70-99 лет), как и

предполагалось, был более низким по сравнению с пациентами 55-69 лет.

Один из участников проекта, доктор Риккардо Капокаччиа из Национального центра эпидемиологии, контроля и пропагандирования здоровья (Riccardo Capocaccia, the National Centre for Epidemiology, Surveillance and Health Promotion, г. Рим, Италия) отметил, что полученные данные демонстрируют значительный прогресс в диагностике, профилактике и лечении онкопатологии.

В отчете также указаны отличия результатов лечения онкопатологии у пациентов разных стран. Максимальное количество излечившихся мужчин зарегистрировано в Исландии (47%), женщин – во Франции и Финляндии (59%). Наиболее низкие показатели в Польше: количество излечившихся составляет всего 21% среди мужчин и 38% среди женщин. Число пациентов в Европе, победивших рак, варьирует при раке легких от 4 до 10%, желудка – от 9 до 27%, кишечника – от 25 до 49%, молочной железы – от 55 до 73%.

Доктор Р. Капокаччиа подчеркнул: «Широкий диапазон колебаний уровня излечения пациентов от рака обусловлен, в частности, разной структурой онкологической патологии. Эти данные свидетельствуют не только о достижениях в диагностике и лечении злокачественных опухолей, но и об успешной профилактике развития наиболее опасных форм рака среди населения европейских стран».

Продолжительность жизни и 5-летняя выживаемость женщин с онкологической патологией была выше, чем мужчин, особенно при таких формах опухолей, как рак головы и шеи, костей, щитовидной железы, желудка и кожи. Однако при раке билиарного тракта, желчного пузыря и гортани у мужчин наблюдались более высокие показатели выживаемости. В целом после стандартизации всех параметров общая 5-летняя выживаемость у женщин оказалась на 2% выше, чем у мужчин (52 и 50% соответственно).

Показатели выживаемости при раке легких были наиболее низкими (менее 5%) среди жителей Дании, Чехии и Польши, максимальными – в Испании и Франции (более 10%). Колоректальный рак был излечен у почти 30% пациентов в Чехии, Польше и Словении, во Франции этот показатель составил 49%. Около 73% больных раком молочной железы полностью выздоровели в Финляндии, Франции, Испании и Швеции.

По данным исследования, уровень излечения мужчин от рака предстательной железы во многом зависел от результатов тестирования активности простатического специфического антигена. Во Франции было излечено около 60% мужчин с этой онкопатологией, в Дании – всего лишь 14%.

Средняя выживаемость при всех формах рака составляла 81% для детей (0-14 лет) и 87% для пациентов в возрасте от 15 до 24 лет. За период с 1995 по 2002 год уровень смертности в течение 5 лет после установления диагноза снизился на 8 и 13% для этих возрастных групп соответственно. Положительная динамика наблюдалась прежде всего в лечении острого лимфолейкоза, опухолей ЦНС и неходжкинских лимфом.

Eur J Cancer 2009, Apr; 45 (6): 901-1094

Подготовил Дмитрий Демьяненко

П.А. Бездетко, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой офтальмологии Харьковского национального медицинского университета, О.А. Тарануха, к.м.н., кафедра офтальмологии Харьковского национального медицинского университета

## Изменения органа зрения при лейкозах

**Зрительный анализатор связан с другими отделами организма посредством большого количества анатомических и физиологических механизмов, поэтому часто при общих заболеваниях в нем возникают функциональные или морфологические изменения. По существу, большинство патологий органа зрения – это проявление системных заболеваний.**

Офтальмопатология, сопровождающая многие заболевания, в течение длительного времени может оставаться незамеченной. Негативное влияние на все системы и органы, в том числе на орган зрения, оказывают заболевания крови. Тяжело протекают заболевания глаз при лейкозах.

Лейкоз – системное заболевание крови, для которого характерны прогрессирующая клеточная гиперплазия в органах кроветворения, а также в периферической крови с резким преобладанием пролиферативных процессов над процессами нормальной дифференциации клеток крови.

Лейкоз является полиэтиологичным заболеванием. Причиной заболевания могут быть различные факторы – инфекционно-вирусные; наследственные; химические влияния (применение цитостатиков при лечении онкологических заболеваний, антибиотиков пенициллинового ряда и цефалоспоринов, воздействие химических веществ промышленного и бытового назначения); лучевое воздействие.

Характерных клинических признаков лейкоз не имеет, симптоматика может быть различной.

Все клинические проявления делятся на три группы синдромов:

- инфекционно-токсический – проявляется в виде различных воспалительных процессов, язвенно-некротических осложнений и обусловлен угнетением гранулоцитарного роста;

- геморрагический – проявляется повышенной кровоточивостью и возможностью кровоизлияний и кровопотери;

- анемический – проявляется снижением уровней гемоглобина и эритроцитов, бледностью кожи, слизистых, быстрой утомляемостью, одышкой, головокружением, нарушением сердечной деятельности.

Геморрагический синдром встречается практически у всех больных лейкозом. Обычно наблюдаются носовые, маточные кровотечения, гемorragии на коже и слизистых оболочках.

У большинства больных диагностируют нормо- или гиперхромную анемию, выраженность которой определяется степенью угнетения эритропоэза, наличием гемолиза, кровотечений. Зачастую анемия является первым проявлением лейкоза.

При эритремии (истинной полицитемии) наблюдаются тромбозы мозговых и коронарных артерий, а также сосудов нижних конечностей. Наряду с тромбозами у пациентов с эритремией наблюдается склонность к развитию геморрагий.

Лейкозы сопровождаются различными изменениями со стороны глаз. При поражении глаз в случае лейкоза отмечают более редкую первичную лейкоэмическую инфильтрацию и намного более распространенные вторичные



П.А. Бездетко

изменения, связанные с анемией, тромбоцитопенией, повышенной вязкостью крови и оппортунистическими инфекциями.

Наблюдается нарушение микроциркуляции в сосудах конъюнктивы глазного яблока, которое проявляется неравномерностью калибра и извитостью вен, образованием единичных аневризм, у некоторых больных выявляются микротромбы вен конъюнктивы. В поздних стадиях болезни наблюдаются субконъюнктивальные кровоизлияния, может быть гифема (чаще при хроническом миелолойкозе).

Изменения глазного дна при лейкозах наблюдаются в 70% случаев.

Выявляется ангиопатия в виде извитости и расширения вен сетчатки, декolorация диска зрительного нерва, ступенчатость его границ вследствие перипапиллярного отека сетчатки. Застойный диск зрительного нерва диагностируют у 15% больных острым лейкозом. При хроническом миелолойкозе могут развиваться генерализованный отек сетчатки и отек диска зрительного нерва, периферическая неоваскуляризация сетчатки.

При эритремии вены сетчатки могут иметь необычный темно-красный цвет, что придает главному дну цианотичный оттенок. Иногда возникают тромбозы вен и отек диска зрительного нерва, связанные с недостаточностью кровообращения во внутренней сонной, позвоночной или базилярной артериях. При ангиоспазме сосудов и нарушении микроциркуляции и метаболизма в тканях головного мозга в полях зрения могут выявляться относительные и абсолютные скотомы, а также гемианопсии различного характера.

При прогрессировании заболевания отмечается сужение артерий сетчатки, а в терминальной стадии – их расширение, что является прогностически неблагоприятным признаком.

Часто при лейкозах возникают иридоциклиты, сопровождающиеся массивной лейкоцитарной инфильтрацией радужки (рассматривается как гетерохромия радужки), опалесценцией влаги передней камеры и наличием желтого эксудата в передней камере (псевдогипопион), спонтанной гифемой и повышением внутриглазного давления. Лейкоз может

проявляться вираженими екссудативними змінами стекловидного тіла внаслідок периферического увеїта. Екссудат також може бути в формі малих білих крапок, розсіяних в центральній зоні очного дна. Лейкемічна інфільтрація хориоїдеї може призводити до характерних змін пігментації очного дна в формі «шкурки леопарда», а також може викликати серозну відслойку сітчатки і серозну відслойку хориоїдеї і циліарного тіла.

По мірі прогресування захворювання виникають різного виду кровоизливання: преретинальні, ретинальні, субретинальні, причиною яких є тромбозопенія, анемічна диспротеїнемія і антикоагуляційне дієвство глобулінів. Кровоизливання овальної або округлої форми, окаймлені червоною кільцею, характерні тільки для лейкоза.

Внаслідок супутньої лейкозної анемії і інфільтрації хориоїдеї визначається блідий фон очного дна з жовтуватим відтінком (рефлекс очного дна стає більш блідим через зниження рівня гемоглобіна), артеріальні судини розширюються і наближаються до калібру венозних, іноді і окраска їх стає однаковою, блідішою. В сітчатці по ходу судин видно білуваті смуги, «муфти», окремі білі вузлики, що представляють собою периваскулярну лейкемічну інфільтрацію. Нерідко в центрі глибокого ретинального кровоизливання, обумовленого ураженням глибоких капілярів сітчатки, спостерігається біле плямо (пляма Рота), що може викликатися накопиченням лейкоцитів або тромботично-фібриновими емболами. Значне зменшення кількості еритроцитів призводить до появи

блідих кровоизливань в шарі нервових волокон. В найбільш важких випадках з'являються ішемічні ватообразні плями в шарі нервових волокон, а також перивазати в формі виступаючих і проминуючих в стекловидне тіло очок екссудативних. Ретинальні екссудати бувають твердими або м'якими. Твердий екссудат в області макули може мати зірчасту форму. Рідким ускладненням є екссудативна відслойка сітчатки.

**!** Тяжкість змін органу зору корелює з тяжкістю захворювання, а при ефективному лікуванні основного захворювання покращується і стан очного дна.

Блідість очного дна при анеміях не завжди можна оцінити через різницю в пігментації хориоїдеї. Легше виявляється деколірація диска зрительного нерва. Найбільш характерний симптом при анеміях — множинні кровоизливання в сітчатку, що пов'язано з порушенням проникності судинної стінки внаслідок її гіпоксії. Ішемія може бути причиною набуття диска зрительного нерва і сітчатки.

Анемія супроводжується розвитком екстраретинальних кровоизливань, які розташовані в власній судинній оболонці ока в формі коричневого диска, легка приподнятість сітчатку, або локалізуються між сітчаткою і стекловидним тілом (преретинальні) і можуть призводити до частичного або повного гемофтальму, що в свою чергу може призвести до фіброзу стекловидного тіла, відслойки сітчатки.

Важким для діагностики гострого мієлолейкоза є збільшення одностороннього або двостороннього екзофтальму.

Особливо характерен екзофтальм для дітей до десяти років в гострій стадії захворювання, коли виникає гранулоцитарна саркома орбіти, а також для дорослих в разі хронічного процесу. Опухоль орбіти за кілька місяців може опрещати появу симптомів лейкоза з боку крові або кісткового мозку. Описані випадки появи гранулоцитарної саркоми через 4 роки після пересадки кісткового мозку в зв'язі з гострим мієлолейкозом. Патологічна інфільтрація в орбіті поширюється не тільки на м'які тканини, але і на підлягаючі кістки з їх руйнуванням. Особливо характерно руйнування зовнішньої стінки орбіти. По класифікації ВОЗ, ураження орбіти при мієлогенній лейкозі пропонується називати «мієлогенна саркома», хоча в офтальмологічній літературі залишається термін «орбітальна гранулоцитарна саркома».

При лімфоцитарній лейкозі ураження орбіти розвивається вже на фоні виражених клінічних симптомів захворювання, коли діагноз лейкоза встановлено, а перебіг процесу ускладнюється поширеними кровоизливаннями. Внезапно монолатерально з'являється екзофтальм, кровоизливання під шкіру повік, кон'юнктиву, в сітчатку і хориоїдею.

При ефективному лікуванні, в стадії покращення загального стану хворих покращується і стан органу зору, відзначається резорбція кровоизливань в сітчатку і, відповідно, покращуються зрительні функції.

Орбітальні ураження не потребують спеціальних лікувальних заходів, і в ряді випадків позитивний ефект можна отримати після застосування специфічного лікування лейкоза. В разі екзофтальму на фоні системної

поліхіміотерапії проводиться облучення ураженої орбіти. При цьому прогноз для зору після лікування благоприятний, для життя — важкий.

**!** В початковій стадії лейкозів і змін тканин очей з метою покращення реологічних властивостей крові, оксигенації, покращення кровообігу в сітчатці можливо застосування пентоксифіліну (Трентал®, «санофі-авентіс»).

Трентал® затримує агрегацію тромбоцитів і еритроцитів, підвищує їх еластичність, зменшує підвищену концентрацію фібриногену в плазмі крові і посилює фібриноліз, в зв'язі з чим зменшується в'язкість крові і покращуються її реологічні властивості. Покращення реологічних властивостей крові відбувається через 2-4 тижні постійного прийому. Препарат викликає незначне судинорозширювальне дієвство, за рахунок чого покращує мікроциркуляцію і забезпечує тканину киснем, причому цей ефект виникає швидко.

По нашим даним, внутрішньовенні інфузії Трентала (5 мл № 3-5), парабальбарні ін'єкції (0,5-1 мл № 5-10), доповнені пероральним прийомом препарату (1 таб. 3 рази в день) в період місяця, покращують мікроциркуляцію в сітчатці, а відповідно, і трофіку, о чому свідчать результати реоофтальмографії, показники функцій органу зору. В разі значущих кровоизливань в сітчатку, а також при застосуванні антикоагулянтів або інгібіторів агрегації тромбоцитів в лікуванні загального захворювання застосування препарату не рекомендується внаслідок можливого посилення кровотечі.

3



# Трентал®



## БАЗИСНИЙ ПРЕПАРАТ У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ПОРУШЕНЬ

- Клінічне покращення у 9 з 10 пацієнтів з гострим цереброваскулярним порушенням<sup>1</sup>
- 86% — загальна клінічна ефективність у пацієнтів з порушеннями мозкового кровообігу<sup>2</sup>

<sup>1</sup> С. А. Дроздов. Пентоксифілін в лікуванні порушень мозкового кровообігу // [www.medi.ru/doc/071301.html](http://www.medi.ru/doc/071301.html)

<sup>2</sup> Т. С. Мищенко. Трентал® в лікуванні хворих з гострим ішемічним інсультом. // Здоров'я України. — 2008. — № 7/1. — С. 30-31.

Р.П. МОЗ України № UA/9232/02/01 від 17.12.08 (табл.), UA/9232/01/01 від 17.12.08 (амп.).  
Перед застосуванням проконсультуйтеся з лікарем та уважно ознайомтеся з інструкцією.  
Зберігати в недоступному для дітей місці. Реклама лікарського засобу.  
Виробник: «Санofi-Авентіс». Київ, 04050, вул. Пимоненка, 13,  
оф. 7С/51, тел.: (044) 490 68 38, факс: (044) 490 68 39.

sanofi aventis  
Здоров'я — це нашітво