

комфорт в области промежности после 6 и более месяцев монотерапии антиандрогенами. Сексуальные (климактерические) нарушения связали с гормональной терапией флуциномом 19,6% пациентов, флуаплексом — 25,3% и флутамидом — 25,5% человек. Два пациента, ранее страдавшие сексуальной слабостью, через 3 месяца гормонотерапии флутамидом отметили восстановление потенции и улучшение сексуальной функции на фоне полной серологической ремиссии (нормализация уровня ПСА) и стабилизации местного опухолевого очага. Не отмечено значимых различий в сексуальных расстройствах между больными, получившими флуцином и генерические препараты флуамида ($P > 0,05$).

Все случаи гепатотоксичности (12,5%) относились ко II степени тяжести. Большинство больных (31) страдали в прошлом различными заболеваниями (злоупотребление алкоголем, вирусный гепатит «В» или «С», ожирение, сахарный диабет, желчно-каменная болезнь), которые могли провоцировать отклонения от нормы лабораторных показателей функции печени. Повышение аминотрансфераз на фоне приема флуаплекса выявлено в 17,2%, флуамида — в 14,5%, флуцинома — в 6,5% наблюдений. Различия показателей было статистически значимо между 1-й и 2-й подгруппами ($P = 0,016$), и 1-й и 3-й подгруппами ($P = 0,045$). Терапия антиандрогенами прекращалась при первых признаках гепатотоксичности. После симптоматической терапии в течение 3–4 недель и восстановления лабораторных показателей функции печени все пациенты продолжили лечение рекомендованными препаратами.

Аллергические реакции возникали в течение первой недели лечения в виде уртикарной сыпи на внутренних поверхностях конечностей, туловище, зуда и повышения температуры тела до 38° — в 6,3% (20) случаев в целом. Повышенная чувствительность к препарату чаще наблюдалась при лечении генерическим флуаплексом — 12,6%, реже при приеме флуцинома — 4,8% и флуамида — 3,6%. У 3-х больных (у 2-х — на флуамид, у 1-го — на флуаплекс), развились аллергические реакции III–IV степени тяжести (тяжелые и угрожающие), потребовавшие интенсивной десенсибилизирующей терапии в течение 2-х недель. Различия частоты аллергических реакций при лечении флуаплексом и флуамидом по сравнению с флуциномом было статистически значимо (соответственно $P = 0,045$ и $P > 0,05$).

У 3,3% (10) пациентов зарегистрированы различные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы в виде острого нарушения коронарного кровообращения, ухудшения течения гипертонической болезни, из них двое пациентов были переведены на симптоматическое лечение вследствие неудовлетворительного общего соматического статуса.

В единичном случае (0,8%) на фоне приема флуамида было обострение herpes zoster, протекавшее тяжело, потребовавшее отмены лечения и госпитализации больного. Большинство пациентов отмечали несколько побочных эффектов гормонотерапии. Сочетание гепатотоксичности, нейротоксичности с гастроинтестинальными расстройствами, гинекомастией зарегистрировано у 8,8% (27), гастроинтестинальные, центральные неврологические нарушения, гинекомастия — у 20,1% (61) больных. Гинекомастия наиболее часто сочеталась с другими побочными эффектами.

Поздние побочные проявления гормональной терапии у больных РПЖ встречались редко в виде увеличения и болезненности (мастодинии) грудных желез, парестезий нижних конечностей, астенического синдрома. Не выявлено зависимости частоты поздних побочных эффектов от вида антиандрогена. Не зарегистрированы побочные эффекты монотерапии нестероидными антиандрогенами у 9,2% (28) пациентов.

Выводы: лечение больных раком предстательной железы препаратами флуамида сопровождается различными побочными реакциями, наиболее частыми из них являются гинекомастия, нейротоксичность, гепатотоксичность, гастроинтестинальные расстройства и аллергические реакции. Большинство побочных реакций относятся к легким и умеренным (I–II степень тяжести).

Генерические нестероидные антиандрогены (флуаплекс и флуамид) хуже переносятся больными, чаще вызывают неврологические, гастроинтестинальные расстройства, нарушение функции печени, по сравнению с оригинальным препаратом флуциномом.

Желудочно-кишечные расстройства, гепатотоксичность и аллергические реакции являются наиболее частой причиной отказа больных от лечения генерическими препаратами флуамида.

М.Ю. Агапов

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СКРИНИНГА РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)

Отделенческая больница ст. Владивосток, Владивостокский филиал НЦ реконструктивной и восстановительной хирургии ВСНЦ СО РАМН

Риск развития рака толстой кишки в течение жизни оценивается в 6%. Несмотря на ряд достижений в лечении данного заболевания прогноз в значительной степени обуславливается стадией процесса на момент диагностики. К сожалению, ранние стадии колоректального рака в большинстве случаев не имеют специфической симптоматики. В этих условиях на первое место выходит проблема скрининга, т.е. выявление пациентов с наиболее вероятным наличием КРР или аденоматозных полипов среди лиц без симптомов данной патологии.

Цель исследования: определить состояние скрининга КРР в Дальневосточном регионе.

Материалы и методы: для оценки применения скрининга рака толстой кишки было проведено анонимное анкетирование 53 врачей общей практики Приморского и Хабаровских краев. В анкета включала следующие вопросы: проводите ли Вы скрининг КРР большинству своих пациентов; в каком возрасте Вы начинаете скрининг КРР, какой тест Вы используете в качестве основного.

Результаты исследования: скрининговые исследования в том или ином виде проводили 58,5% участвовавших в опросе врачей. Не применяли скрининг КРР у своих пациентов 41,5% респондентов, в качестве основной причины отказа от скрининга они чаще всего указывали, что данные тесты не входят в обязательную программу диспансеризации (48,5%) или очень дороги (41,7%). Кроме того, 8,3% врачей не участвующих в программе скрининга КРР отказываются от нее связи с тем, что применяемые тесты неприятны для пациента, а 4,2% считают их малоэффективными.

В группе врачей проводящих скрининг КРР в качестве применяемого метода скрининга чаще всего указывались колоноскопия, ректороманоскопия и тест на скрытую кровь 29,0%; 26,1% и 26,1% соответственно. Ирригография использовалась значительно реже (13,0%) и, наконец, 5,8% врачей называли другие методы скрининга. В группе больных средней степени риска 16 респондентов начинают скрининг в возрасте 50 лет, 5 в 60 лет и 10 при достижении пациентом 40 летнего возраста.

Наиболее чувствительным методом скрининга около половины опрошенных (49,2%) считали колоноскопию, далее ши

онкомаркеры (20,0%), ирригография и ректороманоскопия (по 10,8%), тест на скрытую кровь (7,7%) и другое (1,5%). Необходимо отметить, что на вопрос о наиболее чувствительном методе скрининга отвечали как врачи, применяющие его в практической работе, так и не проводящие скрининговых исследований.

Обсуждение результатов: в настоящее время уровень диагностики рака толстой кишки на наиболее курабельных I–II стадиях в Приморском и Хабаровском краях составляет около 17% и 22% соответственно, тем временем как в Европейских странах этот показатель достигает 51,6–56,5%. В качестве одной из причин низкого процента ранней диагностики КРР можно рассматривать отношение к скринингу КРР среди врачей общей практики, которые и должны направлять пациентов на те или иные скрининговые исследования. Весьма вероятно, что факт отказа от назначения скрининговых исследований практически 40% врачей и лежит в основе, по крайней мере, в два раза более редкого выявления ранних форм рака толстой кишки в дальневосточном регионе. Необходимо подчеркнуть факт, что в большинстве случаев причиной отказа от скрининга является его отсутствие в программе диспансеризации. Интересен факт, что около 30% врачей проводящих скрининг КРР используют для него наиболее информативный, но и самый дорогой, вид исследования — колоноскопию, с незначительным отставанием за ним следуют ректороманоскопия и тест на скрытую кровь. Практически половина опрошенных врачей справедливо рассматривает колоноскопию в качестве наиболее чувствительного метода скрининга КРР. Онкомаркеры, упомянутые 20% респондентов хоть и являются весьма привлекательными с точки зрения «удобства» скрининга не доказали свою эффективность в диагностике рака толстой кишки на ранних стадиях и их с этой целью использование в настоящее время нельзя считать обоснованным.

Выводы: 1. Низкая частота выявления ранних стадий рака толстой кишки обусловлена отсутствием программы популяционного скрининга КРР в регионе.

2. Необходимо введение скрининговых методов в программу обязательной диспансеризации населения Дальнего Востока.

3. Необходимо информировать врачей общей практики о современных методах и схемах скрининга КРР.