

рингит ($3,9 \pm 0,4\%$) туради.

Олинган маълумотлардан куриниб турибдики, сахар ва туман мактаблари укувчилари орасида сурункали тонзиллит энг куп таркалган.

Таркалганлик даражаси буйича ЛОР касалликлари орасида эшитиш пастлиги сахар шароитида иккинчи, кишлок шароитида эса учинчи уринда туради. Бу холат сахар шароитида тиббий хизматнинг сифати юкорилиги билан изохласа булади.

Сурункали отит касаллиги сахар шароитида яшовчи укувчилар орасида учинчи уринда, кишлок шароитида эса иккинчи уринда туради. Бу кишлок шароитида истикомат килувчи укувчиларнинг гигиеник коидаларга тулик амал килмаслиги билан тушунтириш мумкин.

Сурункали ларингит ва фарингит касалликлари билан касалланиш даражаларининг кишлок ва сахар мактаб укувчилари орасида эса деярли фарк кузатилмайди.

Хулосалар:

1. Хозирги кунда сахар ва кишлок шароитида мактаб укувчиларининг ЛОР касалликлари билан касалланиши деярли бир хил курсаткичларга эга.

2. Мактаб укувчилари орасида бу турдаги касалликларни камайтириш борасида сахар шароитида ҳам, кишлок шароитида ҳам тиббий хизмат сифатини ва даражасини кутариш максадга мувофикдир.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Декларация: современное состояние и перспективы развития медицинской науки в регионе. I Ассамблея ученых-медиков Средней Азии и Казахстана. Ташкент 1992 г-6 стр.
2. Ермохина Т.Л., Кузина С.Т., Захарченко В.В. Общая заболеваемость детей по данным обращаемости в детскую поликлинику. //Региональные особенности заболеваемости детского населения// М., 1991 г. Стр 12-14.
3. Еркулов А.Б. //Оналар ва болаларга тиббий ёрдам курсатиш самарадорлигини ошириш// Узбекистон тиббиёт журнал. -1997 г. № 1 12-13 бетлар.
4. Здоровье населения в Республике Узбекистан в 1994-1995 годы и некоторые итоги реформы здравоохранения. Ташкент 1996 г. Стр.96.
5. Султанов Р.Т., Мухаммедиярова Р.Г. Здравоохранение в Республике Узбекистан (статический сборник). Ташкент 1993 г. Стр. 258.

К ПРОБЛЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Колесникова Е.В.,
Тилляшайхов М.Н.

Ташкентский Институт Усовершенствования Врачей,
Республиканской специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУЗ.

У больных с местно-распространенным раком предстательной железы (РПЖ) гормональная терапия является основным методом лечения, направленным на снижение стимуляции андрогенов, способствующих росту опухолевой ткани [1]. Традиционными вариантами эндокринной терапии, применяемой в стадии распространенного опухолевого процесса, является хирургическая кастрация, терапия аналогами ЛГРГ или комбинированная (максимальная) андрогенная блокада (МAB). Гормональная терапия у больных с распространенным РПЖ носит паллиативный характер, мало обеспечивающей сохранение качества жизни таких больных. Однако различные комбинации препаратов и применяемая вариabельность гормональной терапии, подавляя концентрации тестостерона до пост-кастрационных значений, сопряжены с развитием ряда выраженных побочных эффектов, в значительной степени ухудшающих качество жизни больных. Наиболее частыми из них являются импотенция, снижение либидо [2], остеопороз [3], приливы, мышечная атрофия, дислипидемия, нервно психические расстройства [4], снижение сексуальной и физической активности [5], что является довольно негативным аспектом лечения больных относительно молодого возраста.

Исследования по оценке эффективности гормональной терапии имеют довольно противоречивые данные [6,7,8] и требуют дальнейших исследований для разработки тактических подходов высокоэффективного и безопасного лечения РПЖ.

Цель. Изучить сравнительную эффективность гормональной терапии в режимах МAB и моно-

терапии аналогами ЛГРГ у пациентов с распространенным раком предстательной железы.

Материалы и методы. У 105 пациентов с РПЖ, находившихся на лечении в Ташкентском городском онкологическом диспансере с 2010 по 2012 гг., проведено открытое сравнительное исследование оценки эффективности лечения в режимах МАБ и монотерапии аналогами ЛГРГ. Средний возраст больных составил $63,7 \pm 4,2$ года (от 51 до 79 лет). До 76% больных были активного трудоспособного возраста.

Для включения пациентов в исследование определены следующие критерии:

- гистологически верифицированная аденокарцинома предстательной железы;
- стадии T3N0-1M0 / T4N0-1M0-1;
- отсутствие в анамнезе приема препаратов противоопухолевого значения;
- уровень простатспецифического антигена (ПСА) выше 10 нг/мл.

Больные, имеющие тяжелое сопутствующее заболевание в стадии декомпенсации, а также наличие первично-множественной опухолевой патологии в исследование не включались.

С учетом возраста, стадии заболевания и уровня ПСА рандомизированы в 2 группы. В первую группу включены пациенты, которым проводился комбинированный метод МАБ: 12 больным выполнена 2-х сторонняя орхиэктомия с последующим пожизненным приемом антиандрогена; 50 больных принимали аналоги ЛГРГ с аналогичной антиандрогенной комбинацией. Во вторую группу вошли 43 пациента, леченные в режиме монотерапии аналогами ЛГРГ, с предварительной андрогенной депривацией, для предупреждения феномена тестостероновой вспышки.

Характеристика пациентов, включенных в исследование, представлена в таблице 1, из которой видно, что распределение больных в двух группах было соответствующее равному соотношению по возрасту, уровню ПСА и стадиям процесса, а имеющиеся незначительные различия оценивали как статистически незначимыми ($p=0,5$).

Эффективность проводимой терапии оценивалась в динамике по уровню общего сывороточного ПСА, тестостерона и параметрам качества жизни по опроснику, рекомендованному Европейской Ассоциацией урологов. Плановое обследование проводилось до лечения, через 1 месяц и последующем ежеквартальным контролем диагностических параметров.

Результаты и их обсуждение. Оценка эффективности лечения МАБ и монотерапии аналогами ЛГРГ продемонстрировала сравнительный терапевтический эффект этих режимов, что подтверждалось динамикой показателя уровня ПСА - маркера активности опухолевого процесса. Сроки нормализации уровня ПСА в сравниваемых группах различались незначительно ($p=0,122$). Отмечено, что при режимах МАБ сроки нормализации уровня ПСА составило до 7,3 недель, при монотерапии аналогами ЛГРГ - 8,1 недель.

Таблица 1. Характеристика пациентов раком предстательной железы, включенных в исследование

Показатель	Подходы терапии	
	МАБ, n=62	Монотерапия ЛГРГ, n=43
Возраст		
Менее 65 лет	38 (61,3%)	26 (60,5%)
Более 65 лет	24 (38,7%)	17 (39,5%)
Уровень ПСА		
Менее 50 нг/мл	17 (27,4%)	15 (34,9%)
Более 50 нг/мл	45 (72,6%)	28 (65,1%)
Стадии		
T ₃ N ₀₋₁ M ₀	37 (59,7%)	24 (55,8%)
T ₄ N ₀₋₁ M ₀₋₁	25 (40,3%)	19 (44,2%)

Оценка уровня тестостерона через месяц наблюдения показала, что у 93% пациентов, леченных в режиме МАБ, и у 86% - после первой инъекции аналога ЛГРГ, отмечено снижение тестостерона до посткастрационного уровня (менее 5 нг/мл) (рис.1). В последующие месяцы стойко сохранялось количество пациентов с посткастрационным уровнем тестостерона, которое в анализируемых группах сравнения оказалось статистически не достоверным ($p=0,5$).

При анализе общей выживаемости не отмечено статистически достоверных различий между

группами сравнения (отношение рисков – ОР-1,06 ; 95%- доверительный интервал – ДИ – 0,8-1,32, $p=0,7$). Полученные результаты отражают сопоставимый паллиативный характер проводимых режимов терапии.

Анализ составляющих параметров качества жизни через 12 месяцев после терапии показал достоверное преимущество показателей физической активности ($p=0,048$) и сохранение сексуального интереса ($p=0,029$) у больных, леченных монотерапией аналогами ЛГРГ. Параметры эмоциональной стабильности, жизнеспособности и социальной адаптации также были относительно выше в группе пациентов, пролеченных курсом монотерапии аналогами ЛГРГ.

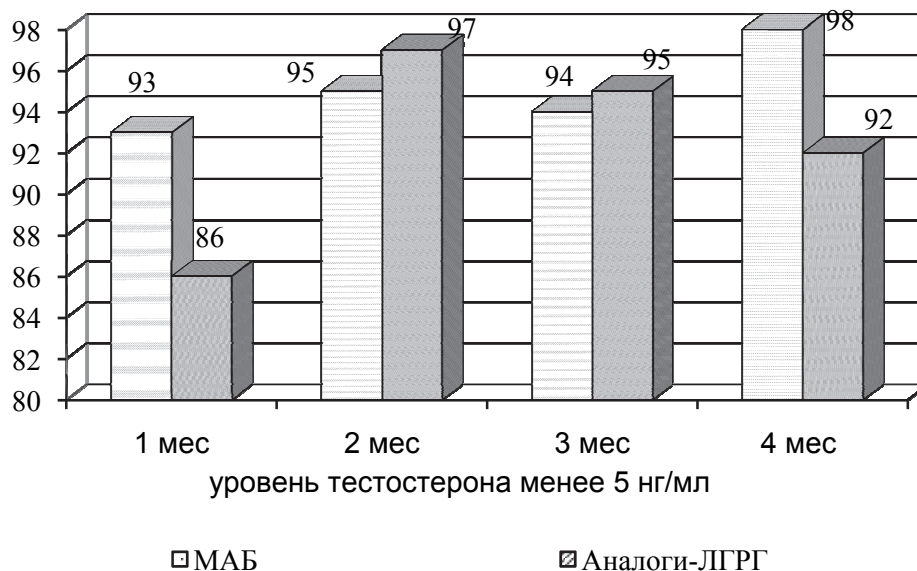


Рис. 1. Процент лиц, имеющих уровень тестостерона менее 5 нг/мл за период наблюдения

Заключение. Сравнимые режимы терапии МАБ и монотерапии аналогами ЛГРГ больных с распространенным раком предстательной железы показали: во-первых сравнимую терапевтическую эффективность данных режимов терапии, подтвержденную положительной динамикой стойкого снижения маркеров ПСА и устойчивым влиянием блокирующих факторов на андрогенный фон; во-вторых, паллиативный характер проводимых режимов терапии без достоверного снижения общей выживаемости пациентов; в-третьих, преимущество монотерапии аналогами ЛГРГ в повышении составляющих качества жизни и сексуальной сохранности.

Полученные результаты обосновывают возможно широкое использование метода монотерапии аналогами ЛГРГ больных распространенным РПЖ, позволившие при паллиативном эффекте терапевтического действия, достичь высокого качества жизни пациентов с сохранением сексуальных интересов.

Использованная литература:

1. Boccon-Gibon L., Bertaccini A., Bono A.V. et al. Management of locally advanced prostate cancer: a European consensus//Int. Clin. Pract. – 2003; Apr: 57(3): 187-194
2. Lucas M.D., Strijdom S.C., Berk M. et al. Quality of life, sexual functioning and sex role identity after surgical orchiectomy in patients with prostatic cancer. Scand J Urol Nephrol 1995; 29:497
3. Daniell H.W., Dunn S.R., Ferguson D.W. et al. Progressive osteoporosis during androgen deprivation therapy for prostate cancer. J.Urol. 2000; 163:181
4. Fossa S.D., Aass N., Opjordsmoen S. Assessment of quality of life in patients with prostatic cancer. Semin Oncol. 1994; 21:657
5. Kirby R. Treatment options for early prostatic cancer// Urology. – 1998; Dec; 52 (6): 948-962
6. Singer P.A., Tasch E.S., Stocking C. Sex or survival: trade-offs between quality and quantity of life// J. Clin. Oncol.- 1991; 9(2):328-334
7. Usami M., Kotoke T., Akaza H. The effects of chlormadinone acetate or fosfestrol on the LH-RH agonist based treatment of advanced prostate cancer// Jpn. J. Urol. Surg.- 1998; 11:759-772
8. Kotake T., Usami M. Gozerelin acetate with or without antiandrogen or estrogen in the treatment of patients with advanced prostate cancer// Jpn. Clin. Oncol. – 1999; 29: 562-570