

Максимальное количество заболевших наблюдается в возрастной группе от 60 до 64 лет. В этой группе отмечается наибольшее количество больных лиц женского пола среди всех когорт сравнения. Однако число женщин во всех группах не идет в сравнение с количеством заболевших РЛ мужчин. Резкое снижение числа заболевших РЛ в старших возрастах объясняется, во-первых, снижением популяции стариков, во-вторых — смертью от естественных причин и других заболеваний.

Заключение

Таким образом, заболеваемость РЛ в Гомельской области, которую можно отнести к зоне экологического неблагополучия, — высокая. Среди всех гистологических форм преобладают относительно высокодифференцированные формы РЛ — плоскоклеточный ороговевающий рак (45,2%), в то же время незначительно меньшую группу (37,3%) составляют низкодифференцированные плоскоклеточные неороговевающие РЛ и мелкоклеточные карциномы. Наибольшее число случаев заболевания РЛ отмечено в возрасте от 55 до 74 лет. При этом наибольшее количество РЛ выявлено в возрастной группе 60–64 года у мужчин, которые на момент чернобыльской аварии находились в трудоспособном возрасте. Следовательно, с определенной долей вероятности можно предположить взаимосвязь факторов экологического неблагополучия с развитием РЛ, однако эта проблема требует дальнейшего изучения, прежде всего с позиций углубленного патоморфологического изучения биологических особенностей и морфогенетических потенций паренхиматозного и стромального компонентов опухолевой ткани РЛ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барчук А.С., Вагнер Р.И., Лемехов В.Г. и др. Современные подходы к диагностике и лечению рака легкого // *Вопр. онкол.* — 1997. — Т. 43. — № 1. — С. 15–21.
2. Бахлаев И.Е., Толтинский А.П., Романчук И.Ю. Первичный актиномикоз легких, симулировавший периферический рак // *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия.* — 1995. — № 3. — С. 73.
3. Галил-Оглы Г.А., Харченко Н.В., Гуревич Л.А., Берцанская А.М. Бронхиолоальвеолярный рак легкого // *Арх. пат.* — 1995. — Вып. 5. — С. 64–70.
4. Голубев О.А., Дорошенко Р.В., Надыров Э.А., Мишин А.В. Рац.предложение № 668 «Автоматизированная система статистической обработки базы медицинских данных».
5. Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е. Рак легкого. — М.: Радикс, 1994. — 216 с.
6. Двойрин В.В. Трапезников Н.Н. Статистика рака легкого в России // *Вестн. ОНЦ РАМН.* — 1996. — № 2. — С. 3–12.
7. Дзюбан В.П. Центральный рак легкого // *Новости лучевой диагностики.* — 2001. — № 1–2. — С. 11–15.
8. Злокачественные новообразования в Беларуси в 1991–2000 гг. // Под ред. Н.Н. Пилипцевича и др. — Мн.: БЕЛЦМТ, 2001.
9. Самсонов В.А. Опухоли и опухолевые поражения легких. — Петрозаводск, 1995.
10. Коган Е.А. Предрак и рак легкого // *Арх. пат.* — 1989. — № 11. — С. 76–83.
11. Коган Е.А., Ганзен Т.Н., Серов В.В. Склероз и канцерогенез // *Арх.пат.* — 1992. — Вып. 8. — С. 5–11.
12. Трахтенберг А.Х. Рак легкого. — М.: Медицина, 1987. — 304 с.
13. Харченко В.П., Кузьмин И.В. Рак легкого: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 480 с.
14. Чучалин А.Г., Харченко В.П., Галил-Оглы Г.А. и др. Бронхиолоальвеолярный рак // *Пульмонология.* — 2001. — Т. 10. — № 2. — С. 12–20.
15. Austoker J, Sanders D, Fowler G. Smoking and cancer: smoking cessation // *BMJ.* — 1994. — Vol. 308. — P. 1478–1482.
16. Landis S.H., Murray T, Bolden S., et al. Cancer statistics, 1998.

Поступила 24.08.2005

УДК 616.65-007.61-08-084.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Я. Латышева, Аль-Кабаб Тауфик Ахмед

Гомельский государственный медицинский университет

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) — одно из наиболее часто встречающихся урологических заболеваний и самое распространенное у мужчин пожилого и старческого возраста. Многие вопросы этой проблемы до настоящего времени остаются спорными и не решенными.

Представлен обзор исследований отечественных и зарубежных авторов, обобщающих современные подходы к консервативному, оперативному лечению и профилактике этого заболевания.

Ключевые слова: ДГПЖ, фармакотерапия, физические факторы, хирургическое лечение.

CONTEMPORARY TREATMENT AND PREVENTION OF BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY

V.Ya Latysheva, Taufik Ahmed Al-Kabab

Gomel State Medical University

The benign prostatic hypertrophy is one of the most frequent urological diseases commonly met in elderly men. Many issues of this problems are not yet solved and remain disputable.

The present article reviews domestic and overseas references which generalize contemporary approaches to the conservative, operative treatment and prevention of the disease.

Key words: benign prostatic hypertrophy, pharmacotherapy, physical factors, surgical treatment.

Введение

Эпидемиологические показатели свидетельствуют о том, что распространенность ДГПЖ в большинстве стран достигает 20% у 50-летних мужчин, 50% — у 60-летних, 57% — у 70-летних и 80% — у лиц старческой группы. Свыше 50% мужчин в возрасте 50–60 лет имеют нарушения мочеиспускания, старше 60 лет — 60% и более, у лиц более 80 лет они достигают 90%, основной причиной которых является это заболевание, что свидетельствует об актуальности, научно-практической и социально-экономической значимости проблемы.

ДГПЖ представляет собой одно из наиболее распространенных заболеваний мужчин пожилого и старческого возраста и характеризуется комплексом симптомов, которые проявляются затрудненным, учащенным повелительным мочеиспусканием, особенно в ночное время, симптомами недержания мочи.

Новейшие достижения современной фармакоиндустрии предложили множество лекарственных препаратов для лечения ДГПЖ, однако их необходимо принимать длительно, месяцами и годами, все они дорогостоящие, что затрудняет их приобретение лицами пожилого и старческого возраста.

«Золотым стандартом» лечения ДГПЖ является трансуретральная резекция (ТУР), на втором месте — аденомэктомия простаты. Вместе с тем как оперативное вмешательство, так и лекарственная терапия имеют значительное число противопоказаний в связи с

сопутствующей патологией соматического профиля, особенно у лиц пожилого возраста, что требует поиска новых современных методов лечения этого заболевания.

Цель работы — обобщение современных методов лечения и профилактики больных с ДГПЖ.

Согласно Международной классификации заболеваний предстательной железы, термин «доброкачественная гиперплазия предстательной железы» наиболее точно отражает возрастные процессы, происходящие в ней, чем ранее применяемый «аденома предстательной железы».

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что у мужчин до 40 лет почти у 20% при микроскопическом исследовании обнаруживаются изменения в предстательной железе. В последующие годы этот показатель достигает 40%, хотя клинически ДГПЖ может себя не проявлять. В 50 лет и старше вероятность развития ДГПЖ составляет 30% [36]. Она обнаруживается почти у 90% мужчин старше 80 лет, а признаки нарушения мочеиспускания определяются у 60% лиц старше 60 лет. Данные ВОЗ о заболеваемости ДГПЖ позволяют сделать предположение, что у 85% мужчин со временем разовьется гиперплазия простаты, а у 95% она будет обнаружена на аутопсии.

Значительные успехи в раскрытии патогенеза ДГПЖ и достижения фармакоиндустрии позволили создать медикаментозные препараты, способные оказывать эффективное, патогенетическое, направлен-

ное и безопасное воздействие на больных с этим заболеванием. Это обусловлено, с одной стороны, появлением и внедрением современных эффективных лекарственных препаратов, других немедикаментозных методов лечения, с другой — наличием противопоказаний к оперативному лечению и высоким риском послеоперационных осложнений.

Несмотря на приоритет хирургического лечения ДГПЖ, в настоящее время широко применяются фармакологические препараты и различные физические факторы.

Согласно современным требованиям, программы лечения ДГПЖ должны включать следующие положения:

- уменьшение степени инфравезикальной обструкции;
- купирование симптомов нарушенного мочеиспускания;
- снижение объема остаточной мочи;
- уменьшение риска развития острой задержки мочи;
- предупреждение почечной недостаточности;
- улучшение качества жизни больных.

Традиционно лечение ДГПЖ подразумевает выжидательную тактику, особенно по отношению к лицам до 50–55 лет, до формирования выраженного дискомфорта, развития осложнений. Рекомендуются режим питания, включая ограничение употребления кофе, алкоголя, пива и других напитков.

При слабо выраженной симптоматике (суммарный балл шкалы IPSS не превышает 8) рекомендуется динамическое наблюдение, а с умеренно выраженными клиническими проявлениями заболевания проводится лекарственная терапия ДГПЖ.

Лечение в ранней стадии (при отсутствии остаточной мочи) в основном направлено на расширение шейки мочевого пузыря и усиление функции.

Абсолютными показаниями для лечения ДГПЖ являются:

- клиническая симптоматика, нарушающая качество жизни (суммарный балл симптомов по шкале IPSS превышает 19);
- острая задержка мочеиспускания;
- хроническая задержка мочеиспускания;
- рецидивирующая макрогематурия;
- формирование почечной недостаточности;
- наличие камней в мочевом пузыре;
- повторные инфекционно-воспалительные заболевания мочевыводящих путей.

При резко выраженном синдроме нижних мочевых путей назначаются лекарственные препараты, относящиеся к 3 группам: антагонисты альфа1-адренергических рецепторов, ингибиторы 5 альфа1-редуктазы и экстракты растительного происхождения. Это омник («Ямянучи»), дальфаз СР («Санофи»), корнам (КРКА), кардура («Пфайзер»), степегис («Эгис») и др. [1, 2, 7, 8, 9].

Они блокируют альфа-адренорецепторы шейки мочевого пузыря, стромальной части предстательной железы и задней уретры, что приводит к урежению мочеиспускания, увеличению максимальной скорости мочеиспускания и ускорению опорожнения мочевого пузыря. Однако при этом необходимо учитывать, что применение этих препаратов может вызывать резкое снижение артериального давления (АД), головокружение, обмороки [1, 12].

На втором месте после антагонистов альфа1-рецепторов находятся лекарственные препараты — ингибиторы 5 альфа1-редуктазы (финастерид, дутастерид). Препараты снижают концентрацию дигидротестостерона путем подавления его образования из тестостерона. Действие финастерида находится в зависимости от размеров предстательной железы, а эффективность действия отмечается при приеме не менее 6 мес в связи с гормональным действием препарата. Финастерид (проскар) имеет строение молекулы, сходное со структурой молекулы тестостерона. Благодаря этому тормозится процесс его превращения в дигидротестостерон, что предотвращает прогрессирование гиперплазии предстательной железы. При приеме препарата свыше 6 мес увеличивается максимальная скорость мочеиспускания в 83% случаев, а объем предстательной железы уменьшается у 74% больных. Однако лечение антиандрогенными препаратами приводит к появлению импотенции (сексуальной дисфункции).

В тех случаях, когда размеры железы достаточно большие, а выраженность клинических симптомов невелика, также назначают финастерид, блокирующий превращение дигидротестостерона, задерживающего ее рост. Срок применения препарата от 6 до 12 мес. В последние годы появились работы по комбинированной терапии альфа-адреноблокаторов и финастерида, что приводит к стойкому улучшению

показателей мочеиспускания и возможности отмены одного из них, чаще — первого.

Установлено, что при длительном применении альфа-блокаторов у больных уменьшаются симптомы нарушенного мочеиспускания, снижается сумма баллов по различным опросникам, повышается максимальная скорость мочеиспускания и улучшается качество жизни. Длительный опыт применения альфа-блокаторов, в частности, доксазозина показал, что он оказывает благоприятное воздействие на повышение сексуальной функции у мужчин — как на эрекцию, так и на эякуляцию. Альфа₁-адренорецептор доксазозин (кардура, фирма «Pfizer International, Inc», США) в качестве коммерческого препарата применяется в мире как гипотензивный. Впоследствии были выявлены новые его терапевтические эффекты, в частности, как препарата при симптоматическом лечении ДГПЖ, препятствующего ее увеличению. Установлено, что помимо прямого действия на кавернозную ткань за счет уменьшения интракорпорального вазоконстрикторного тонуса. Можно также утверждать, что доксазозин имеет двойной механизм действия на мочевой пузырь: первый миотропный, вызывающий расслабление шейки мочевого пузыря, задней уретры, уменьшение уретрального сопротивления, и второй — сосудистый, реализующийся по схеме: блокада альфа-адреноблокаторов сосудов — вазодилатация — активизация органного кровообращения — улучшение биоэнергетики детрузора — восстановление адаптационной и сократительной активности детрузора — уменьшение степени выраженности расстройств мочеиспускания. Можно полагать в целом, что клинический эффект препарата связан с активацией органного кровообращения и существенным улучшением адаптационных свойств детрузора.

Вместе с тем следует отметить, что блокаторы альфа₁-адренорецепторов (альфузорин, доксазозин, празозин и тамсулозин) показаны преимущественно больным с сохранным функциональным состоянием мочевого пузыря, при наличии или преобладании ирритативных симптомов заболевания, независимо от исходного объема гиперплазированной железы [8]. Блокируя альфа₁-адренорецепторы детрузора и сосудов мочевого пузыря, адреноблокаторы

улучшают нарушенное кровообращение, восстанавливают энергетические запасы тканей стенки мочевого пузыря, способствуя ликвидации дизурии у этих больных. При нарушении функции мочевого пузыря их действие менее эффективно.

Широкое применение в лечении ДГПЖ нашли лекарственные препараты растительного происхождения. Пермиксон (экстракт американской вееролистной пальмы) обладает ингибирующей активностью в отношении фермента 5 альфа-редуктазы. Он подавляет процесс связывания дигидротестостерона с цитоплазмическими рецепторами и конкурирует с ним на уровне связывания с внутриклеточными рецепторами. При этом уменьшается образование простагландинов в ткани предстательной железы вследствие его противовоспалительного и противоотечного действия (доза 320 мг в сутки в течение 3 мес). Препарат оказывает многофакторное действие, включая антиандрогенный, антипролиферативный и противовоспалительный эффект. По мнению авторов, он обладает также противоотечным, инактивирующим действием на тканевые факторы роста и, в отличие от финастердина, не влияет на половую активность. Пермиксон уменьшает гиперплазированную предстательную железу, но требует длительного применения. По мнению авторов, он приводит к снижению пролиферативной активности железистых структур, атрофии эпителия предстательной железы и, возможно, влияет на течение предстательной дисплазии. Пермиксон превращает тестостерон в наиболее его активную форму — дигидротестостерон. Снижая активность щелочной 5 альфа-редуктазы, он замедляет гиперпластические процессы, уменьшает степень выраженности клинических проявлений и при лечении в течение 6 мес уменьшает размеры простаты, улучшая качество жизни больных. В группу включены также другие аналогичные препараты (трианол, уртика-плюс), однако действие их до конца не изучено.

С целью замедления роста ДГПЖ и уменьшения ее объема используются также полиеновые антибиотики (мепартрицин, леворин), которые снижают уровень эстрогенов, участвующих в пролиферации стромального компонента в предстательной железе, за счет выведения их из организма. Однако эффект наблюдается только через 6–13 мес.

Снижает образование простагландинов, обладает противоотечным и противовоспалительным действием и препарат серпенс («Лизафарм»), который лучше назначать после курсового лечения финастеридом и в первой стадии заболевания. Лечение проводят под контролем простатического специфического антигена (ПСА) не менее 2–3 мес.

Несмотря на общепринятую модель лекарственной терапии ДГПЖ, следует отметить значительные ограничения и противопоказания к назначению различных препаратов. Тем более следует учесть, что заболевание чаще встречается у лиц пожилого и старческого возраста с отягощенной соматической патологией, прием лекарственных препаратов должен быть длительным (до 12 мес и более), а эффект не всегда предсказуемым и оправданным. Вместе с тем в выборе методов лечения ДГПЖ при отсутствии абсолютных показаний к оперативным или другим интервенционным методам лечения (ретенция мочевых путей, рецидивирующая инфекция мочевых путей, почечная недостаточность, камни мочевого пузыря, возвратная гематурия) предпочтение отдается фармакотерапии.

В последние годы широко разрабатываются немедикаментозные методы лечения [4, 6, 10]. К ним относятся:

- микроволновая термотерапия;
- трансуретральная игольчатая абляция предстательной железы;
- трансректальный сфокусированный ультразвук;
- интерстициальная лазерная коагуляция простаты;
- установка простатических стентов и др.

Назначаются эти физические факторы лицам пожилого и старческого возраста, когда медикаментозная терапия не эффективна и имеются противопоказания к хирургическому удалению ДГПЖ.

Широкое применение в урологической практике нашли лазерные аппараты [5]. Известны 4 типа лазеров для лечения ДГПЖ. Наиболее часто используется гольмиевый лазер. Лазеротерапия рекомендуется больным, принимающим антикоагулянты при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, если им не показана трансуретральная резекция (ТУР) [13, 14] и трансуретральная инцизия [15], а также если больной хочет сохранить эякуляцию.

К разделу современных технологий относится малотравматичный метод лечения — электровапоризация, основанный на эффекте выпаривания ткани предстательной железы (объемом до 40 см³) специальными роликовыми электродами под воздействием тока высокой мощности. Возможно комбинированное проведение ТУР и вапоризации [11]. Вапоризация и лазерная деструкция выполняются по тем же показаниям, что и ТУР, однако в связи с минимальной кровопотерей их можно применять при более значительной массе железы. Высокоинтенсивный сфокусированный ультразвук трансректальным методом позволяет выполнить неинвазивную абляцию аденомы, которая проводится под общей анестезией или глубокой аблацией. Метод трансуретральной игольчатой абляции относится к простым и безопасным процедурам, которые дают эффект в 50–60% случаев [2].

В последние годы все шире при лечении ДГПЖ стало применяться высокотемпературное воздействие. Принята терминология, согласно которой в зависимости от уровня и способа подачи энергии и ее действия на ткань предстательной железы выделяют принципиально разные методы лечения: гипертермию, термотерапию и термоабляцию. О гипертермии следует говорить, если температура в тканях поддерживается в интервале 40–45°C, что позволяет эффективно воздействовать на опухолевые клетки, сохраняя интактными здоровые ткани [3]. Термотерапия предусматривает повышение температуры в тканях предстательной железы выше 45°C. При этом подведение энергии всегда осуществляется трансуретральным доступом. Во время термотерапии зона некротических изменений образуется в глубине ткани предстательной железы, тогда как слизистая уретры остается интактной, для чего используются системы охлаждения различной конструкции.

Установлено, что гипертермия обладает стимулирующим физиологическим эффектом, при этом отмечается активизация микроциркуляции и иммунитета. При температуре 42–45°C выявляется ингибирующий эффект, который вызывает угнетение репликации ДНК, подавление клеточной пролиферации. При термотерапии с низкоинтенсивным режимом (45–50°C) наблю-

дается угнетение альфа-адренорецепторов, точечный геморрагический некроз, антипролиферативный эффект. Высокоинтенсивный режим (50–70°C) сопровождается альфа-адреноблокадой, обширной зоной геморрагического некроза.

Термоабляция или термодеструкция (70–200°C) вызывает выраженные деструктивные изменения в области простатической уретры, коагуляционный и геморрагический некроз, абляцию при трансуретральной радиочастотной термодеструкции, а также коагуляционный некроз с минимальными перифокальными изменениями, абляцию при фокусированной термоабляции [14].

Таким образом, литературные данные свидетельствуют о том, что в настоящее время в мировой практике для лечения ДГПЖ наиболее широко применяются консервативное лечение (лекарственная терапия) и лечение различными физическими факторами.

Вместе с тем основным методом лечения ДГПЖ является аденомэктомия. Разработаны и внедрены в практическое здравоохранение показания к хирургическому удалению ДГПЖ.

Абсолютными показаниями к аденомэктомии являются:

- острая задержка мочи;
 - наличие в мочевом пузыре остаточной мочи;
 - появление симптомов поражения почек.
- «Золотым стандартом» хирургического лечения ДГПЖ является ТУР предстательной железы, на втором месте — трансуретральное эндоскопическое рассечение предстательной железы, реже — скрытая аденомэктомия.

В рекомендациях Европейской ассоциации урологов предпочтительнее выполнять ТУР, если хирург производит ее за один час. Открытая аденомэктомия считается более показанной при камнях и дивертикулах мочевого пузыря. Она позволяет ликвидировать инфравезикальную обструкцию и восстановить нарушенное мочеиспускание [15].

Трансуретральное рассечение ДГПЖ применяется при массе железы не более 40 г, в более молодом возрасте, когда необходимо сохранить половую функцию и либидо. Особенностью хирургического лечения ДГПЖ у лиц пожилого и старческого возраста является наличие у них ряда сопутствующих заболеваний. Причем одно заболевание увеличивает послеоперационную

летальность в 2 раза, два — в 4, три и более — в 14 раз. Существенное влияние на исход операции оказывает ее характер — плановый или срочный. Кроме того, необходимо учитывать, что в отдаленном периоде после ТУР или открытой аденомэктомии возникают осложнения в виде недержания мочи, стриктуры уретры, кровотечения, ретроградной эякуляции или ее прекращения и особенно хронической инфекции мочевых путей, что нередко требует реопераций.

Заключение

Таким образом, ДГПЖ является одной из актуальных проблем современной урологии.

Представленные данные свидетельствуют о достижениях фармакоиндустрии, хирургии в лечении этого заболевания. Вместе с тем проблема требует дальнейшей разработки новых методов как хирургического, так и консервативного методов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аляев Ю.Г., Винаров А.З. α -Адреноблокаторы в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы: настоящее и перспективы // Современные подходы к лечению гиперплазии простаты и эректильной дисфункции: Материалы симпозиума. Российский пленум урологов. — Омск, 23 сент., 1999. — Урология. Приложение. — 2000. — № 2. — С. 2–10.
2. Лоран О.Б., Вишневецкий Е.Л., Вишневецкий А.Е., Данило В.В. Влияние доксазозина на функцию мочевого пузыря у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Современные подходы к лечению гиперплазии простаты и эректильной дисфункции: Материалы симпозиума. Рос. Пленум урологов. — Омск, 23 сент., 1999. — Урология. Приложение. — 2000. — № 2. — С. 14–19.
3. Гресь А.А., Мацкевич О.Г., Будревич А.Е. «Рецидив» ДГПЖ после открытой аденомэктомии // Состояние и эволюция методов лечения с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Тез. док. симп. — Мн., 1995. — С. 122–123.
4. Доста Н.И. Оценка симптомов нижних мочеполовых путей и выбор лечения доброкачественной гиперплазии простаты // Рецепт. — 2001. — № 4. — С. 45–50.
5. Аляев Ю. Монурал (фосфомицина тремепомол) в профилактике и лечении инфекции мочевыводящих путей // Врач. — 2000. — № 8. — С. 38–40.
6. Древаль С.В., Гольдин Д.А., Субботин А.В. Преимущество лазерной хирургии доброкачественной гиперплазии простаты у больных с сопутствующими заболеваниями: Обзор литературы // Урол. и нефрол. — 1999. — № 3. — С. 52–55.

7. Кривобородов Г.Г., Имамов О.Э. Лечение аденомы предстательной железы методами локальной гипертермии и термотерапии // Тер. архив. — 1995. — № 10. — С. 45–48.
8. Лопаткин Н.А. Длительное лечение больных с доброкачественной гиперплазии предстательной железы простаром // Урология и нефрология. — 1996. — № 1. — С. 2–4.
9. Лоран О.Б., Пушкарев Д.Ю., Раснер П.И. Патогенетические основы медикаментозной терапии симптоматической доброкачественной гиперплазии простаты α -адреноблокаторами // Леч. врач. — 2001. — № 9. — С. 22–25.
10. Мазо Е.Б., Дмитриев Д.Г. Клинический эффект применения препарата «Простамол-уно» у больных с ДГПЖ и хроническим простатитом // Урология. — 2001. — № 5. — С. 38–41
11. Кривобородов Г.Г., Коблов Н.Л., Маленко В.Л., Трошин И.И. Отдаленные результаты локальной трансректальной гипертермии у больных с доброкачественной простатой и ее осложнениями // Урол. и нефрол. — 1995. — № 6. — С. 47–48.
12. Barna J., Jolba M., Fowler C. Transurethral Vaporization of the Prostate. — Berlin, 1994. — 59 p.
13. Chappie C.R., Andersson K.F., Bono V.A. α -blockers clinical results in: proceedings of the fourth international consultation on BPH — Paris, 1997. — P. 616–632.
14. Crowley A.R., Horowitz M., Chan E. Transurethral resection of the prostate versus open prostatectomy: Long-term mortality comparison. // J. Urol. — 1995. — Vol. 153. — P. 695–697.
15. Dahlstrand C., Walden M., Deirsson G. Transurethral microwave thermotherapy versus transurethral resection for symptomatic obstruction: a prospective randomized study with a 2-year follow-up. // Br. J. Urol. — 1995. — Vol. 76. — P. 614–618.
16. Edurars L. Transurethral incision of the prostate or bladder neck incision // The Prostate. — 1989. — P. 245–249.

Поступила 14.07.2005

УДК 616.34 - 07 - 006.6

СКРИНИНГ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА (литературный обзор)

Е.И. Михайлова, С.И. Пиманов, Э.Н. Платошкин, Н.В. Филипенко

Гомельский государственный медицинский университет
Витебский государственный медицинский университет

Колоректальный рак (КРР) занимает в настоящее время в структуре онкологических заболеваний по частоте третье и по смертности второе место после рака легких. Пятилетняя выживаемость больных с КРР определяется стадией болезни на момент постановки диагноза. Массовое использование основных методов скрининга с последующим эндоскопическим или рентгенологическим обследованием пациентов группы повышенного риска является адекватными мерами для своевременной диагностики и лечения рака толстой кишки.

Ключевые слова: колоректальный рак, методы скрининга, эндоскопические и рентгенологическое обследование, иммуноферментные тесты.

SCREENING FOR COLORECTAL CANCER (literature review)

E.I. Mikhailova, S.I. Pimanov, E.N. Platoshkin, N.V. Filipenko

Gomel State Medical University
Vitebsk State Medical University

At present, in structure of oncological diseases colorectal cancer takes the third place in frequency and the second place in mortality after cancer of lungs. Five-year survival rate of patients with colorectal cancer is determined by the stage of disease at the moment of making the diagnosis. Mass usage of basic screening methods with further endoscopic or radiological investigation of the patients in a higher risk group is an adequate action for an in time diagnostics and treatment of colorectal cancer.

Key words: colorectal cancer, screening methods, endoscopic and x-ray examination, immune-enzyme tests.