

того, у 10-15% пациентов опухоли на момент верификации уже являются гормон нечувствительными. Именно в этот момент встает проблема выбора тактики лечения больных гормонорезистентным РПЖ. Для лечения последнего применяют различные варианты терапии, направленные на патогенетические механизмы развития гормонорефрактерности: отмену или замену антиандрогенов, назначение препаратов, блокирующих синтез андрогенов надпочечников (кетоканазол), больших доз антиандрогенов (касодекс в дозе 150 мг), химиотерапию.....

За период с 2000 по 2005 годы нами пролечено 36 пациентов с ГРРПЖ. Во всех случаях гормонорезистентность РПЖ подтверждена иммуногистохимически, и/или развитием рефрактерности к проводимой гормонотерапии. Средний возраст больных $69,7 \pm 7,1$ года. Изначально все пациенты имели местно-распространенную $72,2\%$ ($T_3 - 29$ наблюдений, $T_4 - 7$ мужчин) и генерализованную стадии заболевания $27,8\%$ ($n=10$). До установления диагноза ГРРПЖ всем пациентам проводилось гормональное лечение в различных режимах. До 2002 года базисная схема лечения включала использование эстрагенов (синэстрол, хонван, эстрадиурин), действие которых усиливалось хирургической кастрацией. За последние 3 года медикаментозный арсенал лечения значительно расширился, в подавляющем большинстве пациенты получают гормонотерапию в режиме МАБ. Концентрация ПСА сыворотки крови на момент установления диагноза ГРРПЖ в среднем составила $241,6 \pm 142,4$ нг/мл. Продолжительность лечения до установления диагноза ГРРПЖ составила $19,8 \pm 6,2$ месяцев.

Подход к лечению пациентов был индивидуальным и зависел от основных проявлений прогрессирования процесса. При выявлении единичных метастатических очагов на фоне проведения МАБ пациентам проводилось локальное воздействие дистанционной лучевой терапией в СОД до 40-60 Гр $11,1\%$ ($n=4$). В подавляющем большинстве $79,9\%$ ($n=32$) отмечено появления множественных метастазов с преимущественной локализацией в костях $43,7\%$ ($n=14$) и печени $18,7\%$ ($n=6$). В данных случаях основой преодоления гормональной рефрактерности РПЖ являлось применение химиотерапии по схеме эстрацит по 300 мг 1 раз в сутки в течение первого месяца, затем поддерживающая терапия по 300 мг 1 раз в 2 дня длительностью до 6 месяцев; таксол $40-70$ мг/м² каждые 3 недели. Кроме того при выявлении метастатического поражения костей во всех случаях применялись бисфосфонаты. Во время лечения диагностированы следующие осложнения: тошнота и/или рвота $59,4\%$ ($n=19$), нарушение функции печени $21,9\%$ ($n=7$).

В результате проведенного лечения снижение уровня концентрации ПСА сыворотки крови $>50\%$ и $>75\%$ отмечено в $65,6\%$ и $40,6\%$ соответственно. Показатели ПСА сыворотки крови на контроле через 3 и 6 мес. составили $96,7 \pm 27,2$ нг/мл и $52,4 \pm 14,8$ нг/мл соответственно. Уменьшение болевого синдрома отметили $77,8\%$ ($n=28$) пациентов. Объективный ответ на проводимое лечение выявлен в $52,8\%$ ($n=19$). Стабилизация опухолевого процесса обеспечивалась в среднем до $13,1 \pm 1,8$ мес. На момент контроля живы $38,9\%$ ($n=14$) пациентов. Средняя продолжительность жизни после установления диагноза ГРРПЖ составила $18,3 \pm 7,8$ мес. Среднее время наблюдение $38,3 \pm 14,7$ мес.

Таким образом, применение химиотерапии в лечении ГРРПЖ позволяет преодолеть рефрактерность опухоли более чем в 60% случаев. Продолжительность жизни пациентов увеличивается в среднем на более чем на 12 месяцев, кроме того, отмечается явная положительная динамика у пациентов с болевым синдромом.

Диагностика и лечение опухолей мочеочочника

*Красильников Г.П., Помешкин Е.В., Светикова Г.В., Троегубов Д.В., Дианов М.П.
Муниципальная городская клиническая больница № 2 г. Кемерово.*