

Кабазитаксел, абиратерона ацетат, энзалутамид и сипулеуцел-Т увеличивают выживаемость при комбинации с химиотерапевтическими препаратами.

Паллиативное лечение включает хирургические, радиофармацевтические, наружные лучевые и медикаментозные методики для обезболивания и симптоматического лечения.

ИЗМЕНЕНИЯ В ОБМЕНЕ ВЕЩЕСТВ, СВЯЗАННЫЕ С АНДРОГЕННОЙ БЛОКАДОЙ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Криворотько Ю.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Андрогенная депривация может быть причиной резистентности тканей к инсулину, увеличение количества жировой ткани, уровня липидов низкой плотности, предпосылки к развитию диабета II типа.

По данным многих авторов, андрогенная блокада оказывает неблагоприятное воздействие на сердечнососудистую систему, что заставляет пациентов обращаться за специальной помощью к врачам терапевтических специальностей.

Особенно это касается мужчин старше 65 лет и тех, кто имел исходную патологию сердечнососудистой системы.

Адаптация здорового образа жизни, здоровое питание и регулярная физическая активность должна быть стандартно рекомендована данной группе пациентов.

Андрогенная блокада нежелательна у тех больных/, которые страдают декомпенсированной кардиологической патологий, особенно если риск канцерспецифической смертности у них низкий.

В каждом конкретном случае врач должен взвешенно подходить к пользе от андрогенной блокады и риску развития возможных фатальных осложнений.

Потенциальные побочные эффекты у мужчин, получающих андрогенную блокаду:

1. Приливы
2. Эректильная дисфункция, снижение либидо
3. Уменьшение костной массы и костные осложнения
4. Метаболический синдром
5. Увеличение веса за счет жировой ткани
6. Кардиоваскулярные осложнения
7. Анемия
8. Уменьшение мышечной массы, повышенная утомляемость
9. Когнитивные изменения, депрессия
10. Повышение риска тромбообразования

Данным пациентам необходимо рекомендовать здоровый образ жизни, сбалансированное питание, регулярную физическую активность, включая аэробную гимнастику. Пациенты с сердечнососудистой патологией должны получать адекватную терапию, включая противоаритмическую, гипотензивную, сахароснижающую, антиагрегантную терапию.

КАК СНИЗИТЬ РИСК КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ АНДРОГЕНДЕПРИВАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

Криворотько Ю.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Фармакотерапия рака предстательной железы в последнее время привела к существенным изменениям лечебной тактики у пациентов, страдающих данной патологией.

Появились методы андрогенной депривации, которые позволяют добиться значительного улучшения прогноза канцерспецифической выживаемости, увеличить длительность эффективного противоопухолевого лечения.

Однако, на фоне улучшения онкологического прогноза актуальным является общая продолжительность жизни пациентов, получающих тот или иной вид андрогенной блокады. Это связано с существенным влиянием данного вида лечения на прогрессирование существующих патологических процессов сердечнососудистой системы, обмена веществ, костной системы и др.

В настоящее время существует несколько взаимодополняющих подходов к данной проблеме:

- 1) изменение стиля жизни пациента;
- 2) лечебная физкультура, включающая комплекс аэробных упражнений с нагрузкой, соответствующей индивидуальным возможностям каждого больного;
- 3) диета с ограничением легко усваиваемых углеводов и животных жиров;
- 4) терапия основных сердечнососудистых заболеваний под контролем терапевта, кардиолога, невропатолога;
- 5) своевременные лечебные мероприятия, направленные на нормализацию сердечного ритма, контроль артериального давления в допустимых пределах;
- 6) применение антиагрегантов, статинов, антикоагулянтов при наличии попаданий со стороны сердечнососудистой системы с самого начала применения андрогенной блокады;
- 7) контроль углеводного и липидного обмена;
- 8) постоянный мониторинг за жизненно важными показателями.

Кроме общемедицинского подхода к улучшению прогноза жизни и здоровья у пациентов, получающих лечение по поводу рака предстательной железы, в настоящее время все более актуальным является вопрос о стратегии блокады тестостерона, что привело к более обоснованному использованию интермиттирующей андрогенной депривации.

Очевидно, что орхидэктомия не позволяет использовать этот метод лечения, он возможен с использованием антагонистов или агонистов релизинг гормонов и антиандрогенов.

Данная терапия позволяет добиться как онкологических успехов, так и снизить влияние гормонального лечения на прогрессирование сердечнососудистых заболеваний.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОМ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Криворотько Ю.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Рост заболеваемости раком предстательной железы отмечается во всем мире. Особенно этот факт имеет место в старшем возрасте – от 60 до 74 лет. Около 37% опрошенных называют пожилыми мужчин 60+, старческий – 75-90 лет, долгожители > 90 лет.

Раковоспецифическая смертность у пожилых пациентов связана с тем, что у них выявляется диссеминированный метастатический характер заболевания в большинстве случаев. Поэтому в возрасте более 75 лет специфическую терапию получают только 41% больных, а не 88% как в возрасте до 74 лет включительно.

Ожидаемая продолжительность жизни более 10 лет является в данной возрастной группе не самым главным фактором, определяющим лечебную тактику у пациентов с локализованным раком.

Одним из существенных факторов является наличие той или иной сопутствующей патологии, так как именно коморбидность в большинстве случаев определяет общую продолжительность жизни пожилых пациентов с местнораспространенным раком простаты.