

В пунктах, посвященных лечению необходимо указывать более универсальные методы лечения, которые коррелируются с современными гайдлайнами и локальными протоколами по лечению рака предстательной железы. При этом информация должна подаваться в позитивном плане, настраивая пациента на эффективное лечение.

Так как радикальное местное лечение в подавляющем большинстве случаев не требует в последующем приема препаратов, направленных на андрогенную блокаду, то рекомендации, в основном, необходимы пациентам с распространенными опухолями, либо больным, имеющим высокую степень сердечнососудистых событий. Поэтому важным является пункт рекомендаций, помогающий пациентам существенно повлиять на побочное действие гормональной терапии.

В 2015-2016 гг. группой американских и европейских специалистов разработаны рекомендации и программа для пациентов, страдающих раком предстательной железы – Feel+.

Данная программа состоит из 4 основных частей:

1. Рекомендации по физическим нагрузкам, движению., позволяющие заниматься спортом, оставаться гибким
2. Рекомендации по питанию: выбор продуктов, здоровая пища
3. Рекомендации по стилю жизни и поведению для пациента и его семьи – двигаться, думать позитивно
4. Рекомендации, объясняющие действие гормонотерапии и ее побочные эффекты.

Дизайн сайта настолько удобно разработан английской компанией Kanga Health Ltd., что перейти из каждой части на необходимую можно в любой последовательности и порядке, ссылки на необходимые действия, в том числе консультации врача, рекомендации по конкретным упражнениям, диете, состоянию здоровья, приеме препаратов позволяют пациентам использовать ее в удобной режиме и, самое главное, она помогает настроиться позитивно и активно жить, несмотря на болезнь.

Цитата пациента: «С тех пор, как я принимаю участие в программе Feel+ у меня улучшились аппетит, сон, добавилось энергии. Это помогло изменить взгляд на проблему и заряжает позитивом на день, на неделю. Это помогает самостоятельно установить себе цель и достичь ее».

РИСК КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРОСТАТЫ

Ю.В. Криворотько, Г.Г. Хареба, А.И. Гарагатый

Харьковский национальный медицинский университет

Андроген-депривационная терапия является в настоящее время базисной для лечения больных, страдающих агрессивным или распространенным раком предстательной железы. Однако она так же вызывает серьезные побочные эффекты, связанные с применением терапии, направленной на снижение тестостерона. Основным побочным действием является: остеопороз, метаболический синдром, ухудшение сексуальной и когнитивной деятельности. Но основной проблемой является существенное влияние андрогенной блокады на сердечно-сосудистую систему. В то время как метаболические изменения антиандрогенотерапии достаточно хорошо исследованы, увеличение риска кардиоваскулярных событий и смертности от сердечно-сосудистой патологии является поводом к тому, что увеличение риска развития диабета II типа так же на 16% увеличивает риск коронарной патологии, на 11% - инфаркта миокарда, на 16% внезапной сердечной смерти.

Риск этих фатальных событий увеличивается уже в первые полгода от начала лечения рака предстательной железы и продолжает быть существенным при последующем наблюдении.

Основными факторами кардиоваскулярных событий на фоне дистресса является прогрессирование атеросклероза, нарушение свертывания крови, гипертония, нарушение углеводного и других видов веществ.

Сравнительный анализ влияния различных видов андрогенной блокады - монотерапия антиандрогенами, орхидэктомия, агонисты АГРГ, антагонисты ЛГРГ, указывает, что наименее благоприятным является терапия антиандрогенами, затем применение агонистов, затем орхидэктомия, позднее по неясным причинам приводит к меньшему риску сердечно-сосудистых событий, чем ранее перечисленные методы.

Антагонисты ЛГРГ более благоприятны при лечении пациентов с высоким риском патологии сердечно-сосудистой системы. В связи с этим они могут быть хорошей альтернативой агонистам для данной группы больных. Использование интермиттирующей андрогенной блокады уменьшает риск сердечно-сосудистых событий и в настоящее время находит свое место в лечении больных раком предстательной железы. Наиболее общие рекомендации для уменьшения побочного эффекта

депривационной терапии это избегать ее в случаях, когда это не является обязательным, не применять ее у пациентов как монотерапию при локализованном процессе или в качестве неоадьювантной терапии перед радикальной простатэктомией. В случаях, когда андрогенная блокада показана, клиницисты должны с повышенным вниманием подходить к предупреждению нежелательных фатальных побочных эффектов

ОЛИГОМЕТАСТАТИЧЕСКИЙ РАК И РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЕКТОМИЯ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

(обзор литературы)

В.Н. Лесовой, Г.Г. Хареба, И.А. Гарагатый, Д.В. Шукин, В.В. Ханжин

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала»

Как правило, около 90% случаев смертей от злокачественных новообразований связано с метастазированием опухоли [1]. Считалось, что рецидив или метастазирование рака, как правило, происходит на последней стадии жизни пациента. С этой точки зрения, если у пациента есть даже один метастатический очаг, то рак может быть гематологически диссеминирован по многим органам и удаление первичной опухоли не считается радикальным лечением и не удаляет все раковые клетки из организма. В таком случае, системная химиотерапия может только увеличить выживаемость, но никак не излечить пациента.

Тем не менее, в 1995 году Хеллман и Вейхельбаум предложили альтернативную теорию «олигометастазов», что привело к смене понимания концепции метастазирования или рецидивирования рака [1]. Несмотря на то, что наличие поддающихся лечению метастазов рака было отмечено и ранее, Хеллман предложил термин «олигометастазы», предполагая, что у некоторых пациентов с небольшим количеством метастазов, существует переходное состояние опухоли между локализованной и диссеминированной стадией заболевания и «олигометастатический рак» рассматривается как особое заболевание с другими свойствами опухоли.

В настоящее время признается, что существуют последовательные этапы в процессе метастазирования опухоли. Первоначально происходит потеря клеточной адгезии, с последующим усилением подвижности опухолевой клетки, инвазия первичной опухоли и циркуляция опухолевой клетки, а затем закрепление клетки в новом органе [1, 1]. Недостатки на любом этапе этого метастатического прогрессирования может привести к наличию рака с ограниченным метастатическим потенциалом [1, 1]. Как было отмечено авторами, эта парадигма предполагает, что могут существовать клетки первичной опухоли с ограниченными способностями к определенным этапам метастазирования. Таким образом, было предложено возможное объяснение биологического происхождения «олигометастазов» [1].

Согласно теории «спектра» или теории «диаспоры», метастазы подобны перемещению населения от своей первоначальной родины. Успешность этого процесса зависит от типов мутаций, присутствующих в раковых клетках - (качество мигрантов), качество исходной опухоли (факторы на родине, которые заставляют население мигрировать), а также качество новых территорий (которые позволяют мигрантам укорениться и процветать). При таком понимании процесса метастазирования, олигометастазы напоминают диаспору с ограниченным потенциалом роста, которые переселяются в неблагоприятные условия, что ограничивает их развитие [1]. (Рисунок 1).

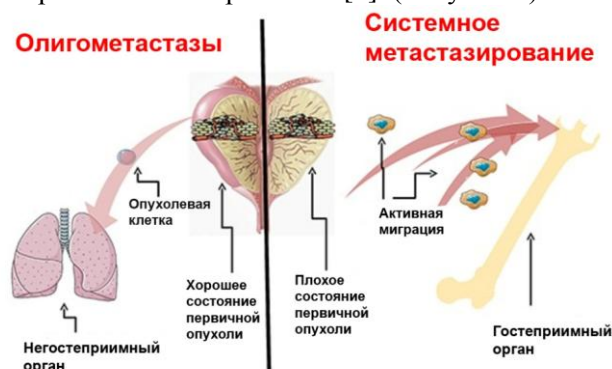


Рис. 1. Различия в образовании поли- и олигометастазов.