

приводило как к изменению рецепторного статуса, так и к морфологическим изменениям у пациенток репродуктивного возраста, таким как повышение степени дифференцировки, усиление секреции и снижение глубины инвазии миометрия. В двух случаях опухоль в послеоперационном материале не была обнаружена вследствие лечебного патоморфоза.

Выводы. Полученные результаты представляют несомненную практическую ценность и объясняют необходимость проведения дальнейших углубленных исследований неоадъювантной гормонотерапии у больных раком эндометрия с целью индивидуализации показаний для последующего назначения адъювантной гормонотерапии.

ПРИМЕНЕНИЯ ОКТРЕОТИДА ПАЦИЕНТАМ С ГОРМОНОРЕФРАКТЕРНЫМ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

О.М. БАРКОВСКАЯ, Д.И. ГАНОВ

*Алтайский государственный медицинский университет
Алтайский филиал РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, г. Барнаул*

Актуальность: Гормонорефрактерный или гормонорезистентный рак предстательной железы представляет собой наиболее серьезную проблему в лечении этой опухоли. Гормонорезистентность устанавливается при наличии роста уровня ПСА и/или каких-либо других признаков опухолевой прогрессии у пациентов, имеющих кастрационный уровень тестостерона (<3 нмоль/л) при адекватной андрогенной блокаде. До недавнего времени, развитие гормонорезистентности рассматривалось как прогрессирование заболевания. На сегодняшний день все большее число онкологов склонно считать развитие гормоноустойчивости стадией единого опухолевого процесса.

Цель работы. Изучение эффективности и безопасности применения октреотида пациентам с гормонорефрактерным раком предстательной железы.

Материалы и методы. В 2008 г. три пациента с гормонорефрактерным верифицированным раком предстательной железы получили октреотид (производное гормона соматостатина с его фармакологическими эффектами), пациентам определялись: уровень простатоспецифического антигена (ПСА), а также проводилась тщательная оценка симптомов с целью определения эффективности терапии и побочных эффектов проводимого лечения.

Результаты: Пациент Ш. 62 года с диагнозом рак предстательной железы $T_3N_0M_0$ кастрация

май 2008 г. ПСА до операции 9,8 нг/мл., через 2 мес после операции – 2,3 нг/мл. По поводу сопутствующей патологии радикальное оперативное лечение, лучевая терапия не показаны, уровень тестостерона кастрационный. Через 4 мес после операции ПСА 12,3 нг/мл. Назначен октреотид 20,0 мг в/м 1 раз в месяц, после двух введений ПСА 4,3 нг/мл. Ухудшения состояния побочных эффектов лечения не было. Пациент Н. 68 лет с диагнозом рак предстательной железы $T_3N_0M_0$ лучевая терапия 2007 г. и гормонотерапия. На контрольном обследовании 09.2008 г. ПСА 11,4 нг/мл, уровень тестостерона кастрационный. Назначен октреотид 20,0 мг в/м 1 раз в месяц, после двух введений ПСА 3,3 нг/мл. Ухудшения состояния, побочных эффектов лечения не было. Пациент К. 69 лет с диагнозом рак предстательной железы $T_3N_0M_0$ – лучевая терапия 2007 г. кастрация июнь 2008 г. На контрольном обследовании 09.2008 г. ПСА 13,4 нг/мл., уровень тестостерона кастрационный. Назначен октреотид 20,0 мг в/м 1 раз в месяц, после двух введений ПСА 5,3 нг/мл. Ухудшения состояния, побочных эффектов лечения не было. Все пациенты продолжают терапию октреотидом.

Выводы. Первый опыт применения октреотида у пациентов с гормонорефрактерным раком предстательной железы показал положительные результаты с отсутствием побочных эффектов.