

В 2/3 случаев метастатическое поражение костей сопровождается развитием болевого синдрома. По своему механизму эта боль является ноцицептивной. Хроническая боль, в отличие от острой, лишена сигнальной и защитной функций и не способствует оптимизации поведения пациента, направленной на заживление повреждения. Она становится самостоятельным болезненным состоянием. Это состояние приводит к физическому и психическому истощению, а также социальной дезадаптации пациента.

Хроническая боль может вызывать развитие альгогенного психосиндрома с характерными для него депрессией, раздражительностью, слабостью, сужением интересов и сниженной социальной активностью.

Цель исследования: изучить изменения болевого синдрома у пациентов андрогенчувствительным раком предстательной железы с метастатическим поражением костей получающих аутогемохимиотерапию Доцетакселом на фоне максимальной андрогенной блокады (МАБ), терапии бисфосфонатами и пациентов, получающих лечение по стандартной методике.

Материал и методы. В исследование было включено 50 больных с андрогенчувствительным раком предстательной железы $T_{3b}N_0M_{1b}$, составивших 2 группы. В I группу включено 25 пациентов (средний возраст $69 \pm 2,4$ лет) аденокарциномой предстательной железы (показатель Глисона 7-9 баллов), получивших шесть курсов аутогемохимиотерапии с доцетакселом 80 мг/м^2 каждые три недели внутривенно капельно, бикалутамид 50 мг внутрь 1 раз в день, медикаментозную андрогенную депривацию, золедроновую кислоту 4 мг внутривенно капельно каждые четыре недели. Во II группу вошли 25 пациентов (средний возраст $68 \pm 2,1$ лет) аденокарциномой предстательной железы (показатель Глисона 7-9 баллов), получающих максимальную андрогенную блокаду (аналоги ЛГРГ, бикалутамид 50 мг внутрь 1 раз в день), золедроновую кислоту 4 мг внутривенно капельно каждые четыре недели.

Результаты и обсуждение.

В основной группе 14 (56%) больных при поступлении отмечали боли в костях. Постоянно 3 (12%) пациентов использовали наркотические анальгетики, 8 (32%) регулярно ненаркотические, 3 (12%) иногда ненаркотические. В контрольной группе на боли в костях предъявляли жалобы 12 (48%) пациентов. Постоянно 4 (16%) пациентов использовали наркотические анальгетики, 6 (28%) регулярно не наркотические, 2 (8%) иногда не наркотические. Для оценки болевого синдрома у больных обеих групп использовали визуальную аналоговую шкалу. Визуальная аналоговая шкала представляет собой прямую линию длиной 10 см, начало которой соответствует отсутствию боли — «боли нет». Конечная точка на шкале отражает

мучительную невыносимую боль — «нестерпимая боль». Линия может быть как горизонтальной, так и вертикальной. Пациенту предлагается сделать на этой линии отметку, соответствующую интенсивности испытываемых им в данный момент болей. Расстояние между началом линии («нет болей») и сделанной больным отметкой измеряют в сантиметрах и округляют до целого. Каждый сантиметр на визуальной аналоговой шкале соответствует 1 баллу. Под значимыми показателями нами понимались значения по визуальной аналоговой шкале 8 и более баллов.

У 56% больных в основной группе и 48% больных контрольной группе при поступлении отмечался хронический болевой синдром, обусловленный метастатическим поражением костей. У 28,5% больных основной группы испытывающих боль до начала лечения ее интенсивность по визуальной аналоговой шкале соответствовала 8 баллам, 58,3% — 9 баллам, и у 12% — 10 баллам. В контрольной группе у 20% больных до начала лечения интенсивность болевых ощущений по визуальной аналоговой шкале соответствовала 8 баллам, у 20% > 9 баллам, и у 2 8% — 10 баллам. Данное состояние значительно влияло и на психо-эмоциональную сферу. 16% пациентов из основной группы и 12% из контрольной при описании собственного самочувствия высказывали мысли о суициде («чем так жить, лучше уж никак»).

Длительность лечения составила 4 месяца. После проведенной терапии больные основной группы не предъявляли жалобы на значимые боли, тогда как в контрольной группе 20% пациентов жаловались на болевые ощущения и вынуждены были использовать наркотические анальгетики. У 8% пациентов контрольной группы интенсивность болевых ощущений по визуальной аналоговой шкале соответствовала 9 баллам, у 12% 10 балам.

После лечения, проведение химиотерапии в комбинации с МАБ у пациентов основной группы клинически и фармакологически значимых болей не отмечено. В контрольной группе интенсивный болевой синдром сохранился сохранился у 5 (20%) больных. Из них 3 (12%) постоянно пользуются наркотическими анальгетиками, 2 (4%) регулярно ненаркотическими.

Выводы. Из полученных данных следует, что включение в схему лечения первичных больных с генерализованным андрогенчувствительным раком простаты позволяет более эффективно купировать болевой синдром и улучшить качество жизни этих пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОЧЕЧНО- КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КИНАЗНОГО ИНГИБИТОРА

Способы лечения пациентов с распространенным почечно-клеточным раком (ПКР) до сегодняшнего момента остаются ограниченными. Если ПКР диагностирован рано, прогноз относительно благоприятен, 5-летняя выживаемость для пациентов с I стадией заболевания составляет 96%. Однако, распространенный / метастатический ПКР относится к одному из наиболее устойчивых к лечению видов злокачественных новообразований. В прошлом прогноз для пациентов с распространенным ПКР был неблагоприятным с 5-летней выживаемостью не более 10%. По современным данным у пациентов с распространенным ПКР 5-летняя выживаемость составляет около 23%. Почечно-клеточный рак демонстрирует присущую ему резистентность к лучевой и цитотоксической химиотерапии. Химиорезистентность может являться следствием гиперэкспрессии гена множественной лекарственной устойчивости. Традиционные терапевтические стратегии при ПКР были направлены на модуляцию иммунного ответа с помощью цитокиновой терапии ИЛ-2 и ИФН-α. Иммуноterapia позволила добиться небольшого, но статистически и клинически значимого преимущества в общей выживаемости для больных с метастатическим ПКР, но только в небольшой подгруппе пациентов с благоприятным прогнозом. Однако, уровень ответа на цитокиновую терапию был достаточно скромным (5-30%), при этом отмечалась существенная токсичность, а также значительное ухудшение качества жизни больных. Обобщая вышесказанное, становится ясна потребность в эффективных терапевтических подходах для пациентов с распространенным ПКР. С 2006 года успешное внедрение таргетных агентов в терапию ПКР позволило включить эти препараты в стандарты I линии с последующей сменой парадигмы лечения почечно-клеточного рака

Цель исследования: оценить эффективность применения Сорафениба (Нексавара) у больных с диссеминированным раком почки.

Материалы и методы.

Лечение в адьювантном режиме получали больные метастатическим раком почки, верифицированным согласно лабораторно - инструментальным данным (УЗИ, СРКТ), препаратом Нексавар в дозе 800 мг в сутки длительно.

Результаты и обсуждение.

С 2008 по 2011 годы комплексное лечение в объеме нефрэктомии и таргетной терапии в адьювантном режиме получили 19 больных с диссеминированным раком почки. Среди них у 15 (79%) выявлен первичный генерализованный рак почки, у 4-х (21%) из них генерализация процесса в виде поражения легких наступила спустя 6-12

месяцев после проведения хирургического лечения. Среди больных первичным генерализованным раком почки метастазы локализовались: в легких у 10 (66,7%), контралатеральный надпочечник у 2-х (13,3%), позвоночник и кости таза у 2-х (13,3%), у одного больного выявлено сочетанное метастатическое поражение легких и костей. Все пациенты получили курс терапии интерфероном-α в течение 2-4 месяцев после операции. Показанием к назначению сорафениба служила неэффективность цитокиновой терапии, выражавшаяся в остающемся без динамики либо появившемся в ходе иммунотерапии метастатическом процессе. Оценка эффективности препарата осуществлялась в сроки 3, 6, 9, 12, 24 и 36 месяцев от начала таргетной терапии. Наилучший ответ продемонстрировали больные с выявленными метастазами в легкие после радикальной нефрэктомии: из 4-х пациентов у 2-х полный регресс достигнут к 6-ти месяцам лечения, еще у 2-х – к 12-ти. У 11 первично генерализованных пациентов с поражением легких отмечен множественный характер поражения, размеры очагов составляли: до 10 мм - у 4-х пациентов, от 10 до 30 мм – у 3-х и у 4-х пациентов свыше 30 мм. Клинический эффект зависел от размеров очагов в легких. К 24 месяцам лечения положительный эффект в виде частичного (6 пациентов) или полного регресса (3-пациента) метастатических очагов отмечен у 9 пациентов (81,8%), в то время как у 2-х пациентов (18,2%) не отмечено какого-либо ответа. При оценке результатов лечения больных раком почки с метастазами в кости, контралатеральный надпочечник не отмечено уменьшения очагов, однако, несмотря на это, таргетная терапия таким больным выполнялась в течение 6 месяцев с целью стабилизации процесса.

Выводы. Метод лечения диссеминированного рака почки с применением сорафениба (Нексавар) обладает выраженным противоопухолевым действием при лечении больных генерализованным раком почки, в том числе при неэффективности предшествующей цитокиновой терапии.

РОЛЬ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В ГЕНЕЗЕ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Е.А. Шунько

Тюменская ГМА

В настоящее время в литературе широко обсуждаются такие причины роста заболеваемости полинеоплазиями, как рост заболеваемости злокачественными новообразованиями в целом, совершенствование методов обследования онкологических больных за счет внедрения современных высокоинформативных диагностических