

Литература

- Husain A.N., Armin A.R., Schuster G.A. Nephrogenic metaplasia of urinary tract in children: report of the three cases and review of the literature. *Pediatr Pathol* 1988;8(3):293–300.
- Perez C.G. Adenoma nefrogenico: Experiencia del Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrici3n Salvador Zubiran. *Rev Mex Urol* 2002; 61(2): 37–9.
- Pycha A., Mian C., Reiter W.J. et al. Nephrogenic adenoma in renal transplant recipients: a truly benign lesion? *Urology* 1998;52(5):756–61.
- Ford T.F., Watson G.M., Cameron K.M. Adenomatous metaplasia (Nephrogenic adenoma) of urothelium. An analysis of 70 cases. *Br J Urol* 1985;57(4): 427–33.
- Gonzalez J.A., Watts J.C., Alderson T.P. Nephrogenic adenoma of the bladder: report of 10 cases. *J Urol* 1988;139(1):45–7.
- Okada Y., Arakaki R., Kitahara M. et al. Two cases of vesical nephrogenic adenoma. *Hinyokika Kyo* 2005; 51(7):467–70.
- Tong G.X., Melamed J., Mansukhani M. et al. PAX2: a reliable marker for nephrogenic adenoma. *Mod Pathol* 2006; 19(3):356–63.
- Wood D.P., Strem S.B. Jr., Levin H.S. Nephrogenic adenoma in patients with transitional cell carcinoma of the bladder receiving intravesical thiotepa. *J Urol* 1988;139(1):130–1.
- Tsurukawa H., Komura H., Sasaki H. et al. Two cases of vesical nephrogenic adenoma. *Hinyokika Kyo* 2003; 49(5):285–90.
- Hung S.Y., Tseng H.H., Chung H.M. Nephrogenic adenoma associated with cytomegalovirus infection of the ureter in a renal transplant patient: presentation as ureteral obstruction. *Transpl Int* 2001; 14(2):111–4.
- Zingas A.P., Kling G.A., Crotte E. et al. Computed tomography of nephrogenic adenoma of the urinary bladder. *J Comput Assist Tomogr* 1986;10(6):979–82.
- Molland E.A., Trott P.A., Paris A.M., Blandy J.P. Nephrogenic adenoma: a form of adenomatous metaplasia of the bladder. A clinical and electron microscopical study.

Эффективность химиотерапии при лечении гормонорезистентного рака предстательной железы

С.А. Калинин

ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Заболеваемость раком предстательной железы (РПЖ) с каждым годом увеличивается. Диагностика его за последнее время значительно улучшилась. Тем не менее 60–70% больных обращаются к врачу уже с явлениями распространенного метастатического процесса. Лечение подобных больных, особенно с костными метастазами, представляет большие сложности. Средняя продолжительность жизни таких больных примерно 1,5–2 года. Особые проблемы возникают при развитии гормональной резистентности РПЖ, когда все виды гормонального воздействия становятся неэффективными. Результаты химиотерапии пока еще достаточно скромные, но она позволяет значительно увеличить выживаемость отдельных больных. Мы приводим одно из наших наблюдений, когда в результате проводимого лечения различными химиопрепаратами удалось поддерживать в удовлетворительном состоянии в течение нескольких лет больного, страдающего гормонорезистентной формой РПЖ.

Больной И., 1940 г.р., обратился в РОНЦ РАМН им. Н.Н. Блохина с жалобами на боли в костях в январе 2001 г. По данным гистологического исследования биоптата простаты (№18334/00) – аденокарцинома различной степени дифференцировки. Уровень ПСА от 12.01.01 – 1150 нг/мл. При скинтиграфии костей скелета –

очаги патологического накопления радиофармпрепарата в VIII–XI грудных позвонках, I поясничном позвонке и костях таза. 19.01.01 выполнена двусторонняя орхидэктомия. Начато лечение флутамидом в дозе 750 мг/сут. На фоне гормональной терапии уровень ПСА снизился до 24 нг/мл от 20.03.02. В конце мая 2002 г. отмечен подъем уровня ПСА до 57,42 нг/мл. Флутамид отменен. Через 1 мес (22.06.02), когда уровень ПСА повысился до 70,71 нг/мл, начато лечение касодексом в дозе 150 мг, при этом зафиксирована регрессия уровня ПСА > 50% (33,89 нг/мл от 11.09.02). Эффект сохранялся в течение 6 мес. Затем в течение 3 мес (с 14.12.02 по 22.03.03) проводилось лечение фитомиксом-40 с некоторым эффектом (снижение ПСА с 60,23 до 50,9 нг/мл). Уровень сывороточного тестостерона составил 2,0 нмоль/л от 19.02.03. В марте 2003 г. у больного появились боли в области поясничного отдела позвоночника, уровень ПСА от 21.03.03 – 90,29 нг/мл. При скинтиграфии костей скелета 21.02.03 обнаружено увеличение числа метастазов в костях. В метастатический процесс вовлечены все отделы позвоночника, кости таза, грудина, правые плечевая и бедренная кости, правая лопатка, отдельные ребра. 01.04.03 больному проведен курс химиотерапии по схеме митоксантрон 12 мг/м² в 1-й день, цисплатин 60 мг/м² в 1-й день, преднизолон

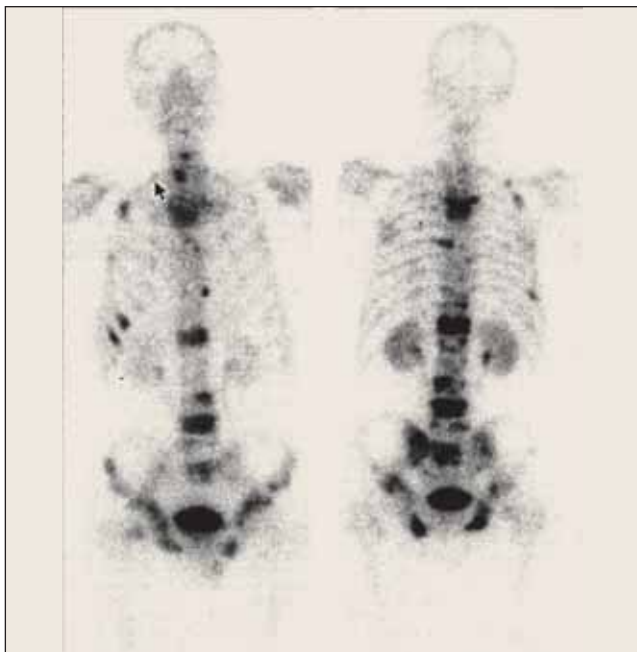


Рис. 1. Сцинтиграфия скелета больного И. до лечения по схеме DEKAP. Множественные метастазы во всех отделах позвоночника, в костях таза, в правой лопатке, в ребрах

10 мг/сут ежедневно длительно. С 03.04.03 начато лечение бифосфонатом зомета в дозе 4 мг внутривенно 1 раз в 28 дней, которое продолжается и в настоящее время. Затем проведен курс паллиативной лучевой терапии на область поясничного отдела позвоночника (СОД – 20 Гр). Лечение сопровождалось кратковременной лейкопенией II степени. Боли в поясничном отделе позвоночника уменьшились. Уровень ПСА от 21.04.03 увеличился до 421,48 нг/мл. Результаты сцинтиграфии костей скелета от 22.04.03: по сравнению с предыдущим исследованием увеличились уровень и площадь накопления радиофармпрепарата в отдельных позвонках грудного отдела, в костях таза, в правой лопатке, в ребрах. В некоторых ребрах появились новые очаги (рис. 1). С 30.04.03 больному начато лечение по схеме: доксорубицин 20 мг/м² в 1-й день 1, 3 и 5-й недели, кетоконазол 1200 мг ежедневно в течение 1, 3 и 5-й недели, доцетаксел 20 мг/м² в 1-й день 2, 4 и 6-й недели, эстрамустин 420 мг ежедневно в течение 2, 4 и 6-й недели, преднизолон 10 мг/сут ежедневно длительно (DEKAP). Уровень ПСА от 10.06.03 снизился до 51 нг/мл. При сцинтиграфии костей скелета от 11.06.03 – без существенной динамики по сравнению с предыдущим исследованием по количеству очагов и уровню накопления радиофармпрепарата. Проведен второй курс химиотерапии по прежней схеме, после которого сцинтиграфическая картина костных метастазов также не изменилась. При этом уровень ПСА снизился

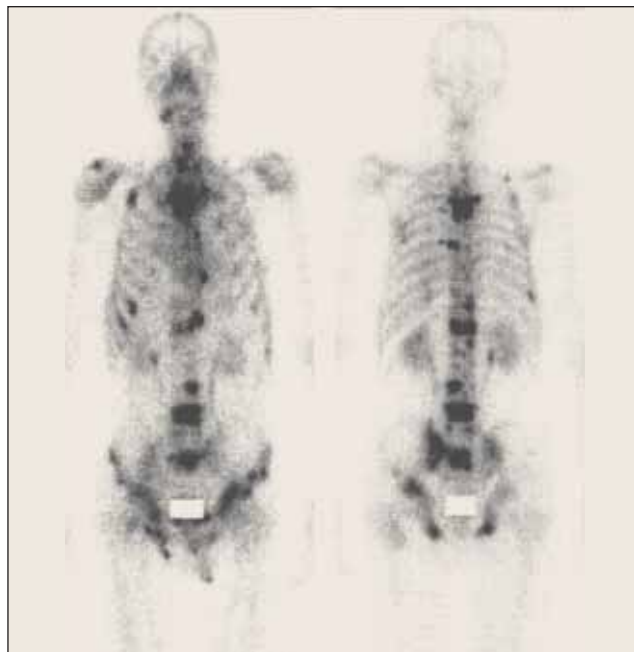


Рис. 2. Сцинтиграфия скелета больного И. на фоне лечения по схеме DEKAP. Отмечается значительное уменьшение накопления радиофармпрепарата во всех отделах)

до 12 нг/мл (от 13.08.03). Проведены 3-й и 4-й курсы химиотерапии по этой же схеме. Уровень ПСА снизился до 6,99 нг/мл (28.10.03). Заключительная сцинтиграфия от 13.01.04 – уменьшение уровня накопления радиофармпрепарата на 60% в костях таза, правой бедренной кости, в правой лопатке и в плечевой кости справа (рис. 2). Уровень ПСА от 30.03.04 – 7,18 нг/мл. При рентгенографии костей скелета от 30.03.04 – картина без отрицательной динамики. Уровень ПСА от 11.05.04 после пятого курса химиотерапии – 5,07 нг/мл. Контрольная сцинтиграфия от 18.05.04 – сцинтиграфическая картина (по уровню накопления радиофармпрепарата и по количеству очагов) без динамики по сравнению с предыдущим исследованием. Новых очагов нет. Больному проведен 6-й курс химиотерапии. ПСА от 15.11.04 – 9,29 нг/мл. Признаков прогрессирования по данным сцинтиграфии костей скелета от 13.10.04 нет. С 24.11.04 по 4.01.05 больному проведен 7-й курс химиотерапии по вышеописанной схеме. ПСА от 11.01.05 – 19,3 нг/мл. При контрольной сцинтиграфии костей скелета от 18.01.05 – без существенной динамики. ПСА от 10.02.05 – 13,2 нг/мл. При повторном анализе ПСА от 01.04.05 – 36,05 нг/мл. С 21.04.05 по 1.05.05 больному проведен 8-й курс химиотерапии по «альтернирующей» схеме. У больного отмечен выраженный гнойный флебит вен обоих предплечий. При контроле ПСА от 03.06.05 – 42,82 нг/мл. По данным контрольной сцинтиграфии костей скелета от

04.07.05 – без отрицательной динамики. В дальнейшем отмечен рост ПСА до 100,4 нг/мл (от 05.10.05). С 10.10.05 по 22.11.05 проведен 9-й курс химиотерапии по прежней схеме. Курс химиотерапии сопровождался рецидивом двустороннего гнойного флебита вен обоих предплечий. ПСА от 23.11.05 – 71,02 нг/мл. После 1,5-месячного перерыва 12.01.06 больному проведен очередной, 10-й курс химиотерапии. Лечение продолжается.

Сопутствующие осложнения: кратковременная тромбоцитопения I степени после 1-го

курса химиотерапии. Гнойный флебит правого предплечья после 7-го курса химиотерапии. В дальнейшем при проведении 8-го и 9-го курсов химиотерапии у больного отмечались двусторонние рецидивы гнойного флебита в области вен предплечий.

Таким образом, вторая линия химиотерапии по схеме ДЕКАР была эффективной. Длительность ремиссии равна 34 мес. Срок наблюдения за пациентом с момента развития гормональной резистентности составляет 60 мес.

Г л у б о к о у в а ж а е м ы е к о л л е г и !

В течение последних лет мы высылали вам ежеквартальный журнал «Вместе против рака», содержащий информацию о последних достижениях в области онкологии, интересную как для врачей, так и для пациентов. С этого года журнал выходит в двух версиях: «Вместе против рака. Врачам всех специальностей» и «Вместе против рака. Пациентам и их близким».

Специалисты по-прежнему будут получать «Вместе против рака. Врачам всех специальностей» бесплатно.

Опыт, накопленный за эти годы, подсказал нам, что пациентам и их близким нужно свое издание, в котором бы квалифицированные специалисты доступно объясняли причины возникновения онкологических заболеваний, рассказывали обо всех существующих на сегодня методах диагностики и лечения, давали практические рекомендации, раскрывали социальные вопросы, оказывали психологическую поддержку. К сожалению, не всегда врачи имеют возможность уделить достаточно времени каждому пациенту, чтобы разъяснить, успо-

коить, вселить уверенность. Издание «Вместе против рака. Пациентам и их близким» станет хорошим помощником для медиков и навигатором в современной медицине для пациентов.

Очень важно, чтобы данное издание попало в руки тем, кто действительно заинтересован в получении достоверной, научно обоснованной информации. Для этого мы хотели бы расставить в онкологических учреждениях – НИИ, диспансерах, поликлиниках, отделениях, онкокабинетах – стойки, на которых будут размещаться буклеты с анонсами номеров журнала и данными для оформления подписки.

Просим вас поддержать нашу инициативу и оказать содействие в установке такой буклетницы в вашей клинике. Благодарим всех, кто уже откликнулся.

Это наше с вами общее дело. Только вместе мы сможем помочь людям, столкнувшимся с диагнозом «рак».

Редакция журнала

Координатор проекта, член редакционной коллегии канд. мед. наук

Камолов Баходур Шарифович

E-mail: wpr@netoncology.ru

Тел./факс: (495) 324-92-35

Адрес: 115478 Москва, Каширское ш., д. 24, отделение урологии. **Б.Ш. Камолову**