

ГОРМОНАЛЬНА ТЕРАПІЯ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Шевцова Ю. М., студ. 5-го курсу

Науковий керівник – к.мед.н., доц. В.В. Сікора

СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та невідкладних станів

Рак передміхурової залози – одне з найпоширеніших захворювань чоловіків літнього і старечого віку, що займає в структурі онкологічних захворювань чоловічого населення 2-е, а у ряді країн 1-е місце. Зацікавленість урологів і онкологів цією патологією особливо зросла у зв'язку з досягненнями в гормональному лікуванні цього захворювання.

Рак передміхурової залози став першим в історії медицини різновидом іноперабельної злоякісної пухлини з метастазами, для якої було знайдено ефективне паліативне консервативне лікування.

Виникнення раку передміхурової залози пов'язують з наявністю гормонально залежних зон у цьому органі, які знаходяться під контролем чоловічих або жіночих статевих гормонів. Головна теоретична передумова гормональної терапії полягає у тому, що усувається стимулюючий вплив чоловічих статевих гормонів на залозу та посилюється конкурентна взаємодія з ними жіночих статевих гормонів.

До медичних препаратів першої лінії відносять:

- агоністи релізінг-гормону та лютеїнізуючого гормону: при безперервному застосуванні надфізіологічних доз аналогів релізінг-гормону відзначено парадоксальний ефект гальмування секреції гонадотропінів і пригнічення гормональної активності яєчок. Виникає ефект «фармакологічної кастрації»;

- нестероїдні антиандрогени: фармакологічний механізм периферичного ослаблення дії андрогенів на клітини раку передміхурової залози полягає в конкурентному зв'язуванні цих препаратів з андрогенними рецепторами в органах-мішенях;

- стероїдні антиандрогени: механізм дії полягає у зменшенні виділення лютеїнізуючого гормону гіпофізом, що призводить до зниження синтезу тестостерону яєчками, а також дана група препаратів конкурує з дигідротестостероном за цитозольні рецептори до андрогенів.

До препаратів другої лінії належать:

- естрогени: дані препарати гальмують синтез гонадотропінів, що призводить до зменшення продукції тестостерону в яєчках і надниркових залозах, та знижує синтез 5- α -редуктази, що перетворює тестостерон в його активну форму – дигідротестостерон;

- інгібітори 5- α -редуктази;

- деривати імідазолу: ці медикаменти інгібують цитохромзалежний стероїдний біосинтез і викликають гідроксилювання ретиноїдної кислоти в її полярні метаболіти;

- інгібітори стероїдогенезу.

В останні десятиліття клініцисти віддають перевагу комбінованим і комплексним методам лікування з використанням у сполученні з антиандрогенами й інших хіміопрепаратів. Після комбінованої методики досягається більш повна андрогенна блокада, що дозволяє домогтися позитивних результатів лікування в 75-90% хворих, поліпшення якості життя, зменшення частоти ускладнень.

Таким чином, сьогодні є великий арсенал лікарських препаратів і методів лікування РПЗ – від традиційних до найсучасніших, уміле, раціональне використання яких дозволяє досягти оптимальних результатів з найменшими побічними ефектами й ускладненнями.