

Появились методы андрогенной депривации, которые позволяют добиться значительного улучшения прогноза канцерспецифической выживаемости, увеличить длительность эффективного противоопухолевого лечения.

Однако, на фоне улучшения онкологического прогноза актуальным является общая продолжительность жизни пациентов, получающих тот или иной вид андрогенной блокады. Это связано с существенным влиянием данного вида лечения на прогрессирование существующих патологических процессов сердечнососудистой системы, обмена веществ, костной системы и др.

В настоящее время существует несколько взаимодополняющих подходов к данной проблеме:

- 1) изменение стиля жизни пациента;
- 2) лечебная физкультура, включающая комплекс аэробных упражнений с нагрузкой, соответствующей индивидуальным возможностям каждого больного;
- 3) диета с ограничением легко усваиваемых углеводов и животных жиров;
- 4) терапия основных сердечнососудистых заболеваний под контролем терапевта, кардиолога, невропатолога;
- 5) своевременные лечебные мероприятия, направленные на нормализацию сердечного ритма, контроль артериального давления в допустимых пределах;
- 6) применение антиагрегантов, статинов, антикоагулянтов при наличии попаданий со стороны сердечнососудистой системы с самого начала применения андрогенной блокады;
- 7) контроль углеводного и липидного обмена;
- 8) постоянный мониторинг за жизненно важными показателями.

Кроме общемедицинского подхода к улучшению прогноза жизни и здоровья у пациентов, получающих лечение по поводу рака предстательной железы, в настоящее время все более актуальным является вопрос о стратегии блокады тестостерона, что привело к более обоснованному использованию интермиттирующей андрогенной депривации.

Очевидно, что орхидэктомия не позволяет использовать этот метод лечения, он возможен с использованием антагонистов или агонистов релизинг гормонов и антиандрогенов.

Данная терапия позволяет добиться как онкологических успехов, так и снизить влияние гормонального лечения на прогрессирование сердечнососудистых заболеваний.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОМ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Криворотько Ю.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Рост заболеваемости раком предстательной железы отмечается во всем мире. Особенно этот факт имеет место в старшем возрасте – от 60 до 74 лет. Около 37% опрошенных называют пожилыми мужчин 60+, старческий – 75-90 лет, долгожители > 90 лет.

Раковоспецифическая смертность у пожилых пациентов связана с тем, что у них выявляется диссеминированный метастатический характер заболевания в большинстве случаев. Поэтому в возрасте более 75 лет специфическую терапию получают только 41% больных, а не 88% как в возрасте до 74 лет включительно.

Ожидаемая продолжительность жизни более 10 лет является в данной возрастной группе не самым главным фактором, определяющим лечебную тактику у пациентов с локализованным раком.

Одним из существенных факторов является наличие той или иной сопутствующей патологии, так как именно коморбидность в большинстве случаев определяет общую продолжительность жизни пожилых пациентов с местнораспространенным раком простаты.

Кроме коморбидных состояний у пожилых пациентов имеет значение оценка того, может ли пациент заниматься привычной деятельностью, истощен ли он, каковы его когнитивные возможности.

Так как сопутствующая патология определяется нераковоспецифическую смертность у пожилых пациентов, получающих лечение рака простаты при уровне значения оценки суммарной шкалы сопутствующей патологии (CCI) более двух баллов, большинство пациентов умрут независимо от возраста или агрессивности опухоли.

Важным критерием оценки состояния является также :

- 1) возможность выполнения повседневной деятельности (шкала IADL)
- 2) оценка снижения веса за предыдущие 3 месяца:
 - 5%
 - 5-10%
 - > 10%

3) когнитивные (умственные) нарушения, в т.ч. депрессия (mini-COG™)

Международное сообщество по гериатрической онкологии (SIOG), рабочая группа по раку простаты (PCWG) рекомендовали проводить систематическую оценку состояния здоровья пациентов с использованием шкалы G-8, шкалы Карновского и шкалы ECOG.

По шкале G-8 оценка состояния пожилых больных необходимо для принятия лечебной тактики:

1. крепкие или здоровые пожилые пациенты должны получать стандартное лечение;
2. ослабленные пациенты могут получать стандартное лечение после решения гериатрических проблем;
3. инвалидизированные, с необратимыми изменениями, сопутствующими заболеваниями пациенты должны получать специально адаптированное лечение
4. чрезвычайно ослабленные в терминальных стадиях больные должны получать только паллиативное лечение

Таким образом, у пожилых пациентов, страдающих раком простаты лечебная тактика должны определяться их индивидуальным состоянием здоровья, влиянием на него сопутствующих заболеваний, а не возрастом.

ОСОБЛИВОСТІ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ РАДІОЧАСТОТНОЇ АБЛЯЦІЇ У ХВОРИХ З РАКОМ НИРКИ T1a.

*Лесняк О.М.¹, Добровольський В.А.², Строй О.О.³, Грицина Ю.Р.⁴, Кепещук М.П.¹,
Лесняк М.О.³, Банира О.Б.⁵*

¹Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги м. Львова, м. Львів

²Хмельницька обласна клінічна лікарня, м. Хмельницький.

³Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів

⁴ДЗ «Клінічна лікарня» ДТГО «Львівська залізниця», м. Львів

⁵МЦ Св. Параскеви, 2-га Комунальна міська поліклініка м. Львова, м. Львів

Вступ. За останні десятиліття відзначається зміна демографічної ситуації в Україні та світі та тенденція до зростання частки населення старшого і похилого віку. Прогрес у різних галузях медицини з одного боку надає можливість позбутись багатьох раніше невиліковних захворювань, проте з іншого – призводить до появи прошарку пацієнтів з важкими хронічними захворюваннями, що потребують постійної підтримуючої терапії.

У літніх хворих, що обтяжені важкою супутньою патологією, застосування радикальних методик для лікування пухлин переважно є неможливим. Водночас, стан здоров'я цієї когорти хворих дозволяє безпечно проводити малоінвазивні хірургічні маніпуляції. Радіочастотна абляція (РЧА) є однією з них. Ця методика може проводитись як перкутанно, так і відкритим доступом. При черезшкірному доступі розміри пухлин, придатні до застосування РЧА, обмежені 3,0 см, оскільки складно маніпулювати електродом та