

Таблица 2.

Причины послеоперационных осложнений III-V степени (Clavien-Dindo)

Показания к релапаротомии	
Несостоятельность кишечного анастомоза, n (%)	7 (6,5)
Гематома малого таза, n (%)	1 (0,9)
Толстокишечная непроходимость, n (%)	2 (1,8)
Кишечный свищ, n (%)	2 (1,8)
Некроз артификального МП n (%)*	1 (0,9)

*- пациент с некрозом неовезика также имел несостоятельность кишечного анастомоза

В 3 группе к осложнениям IIIa степени было отнесено: установка перкутанной нефростомы у 2 (1,8%) пациентов, острый флеботромбоз вен голени - в одном (1,0%) наблюдении. Нагноение послеоперационной раны выявлено у двоих (1,8%) пациентов. Осложнения IIIb степени требовали оперативного вмешательства с применением общего наркоза: ушивание кишечного свища было выполнено троим (2,8%) пациентам, эвакуация гематомы полости малого таза - у одного (1,0%) пациента. У 6 (5,6%) пациентов - несостоятельность кишечного анастомоза и у троих (2,8%) пациентов развилась толстокишечная непроходимость с последующей релапаротомией, ревизией брюшной полости и ушиванием дефекта анастомозов. Осложнение V степени (летальный исход) отмечено у троих (2,8%) пациентов. Корреляционный анализ не установил наличия зависимости развития периоперационных осложнений от кровопотери, метода деривации мочи и длительности операции на уровне значимости $p > 0,05$. Статистически значимая прямая связь ($r = +0,4$) была обнаружена между возрастом пациентов и наличием послеоперационных осложнений. В свою очередь, обратная корреляционная связь была выявлена между степенью тяжести послеоперационных осложнений и трехлетней ОВ ($r = -0,5$) на уровне значимости $p < 0,05$. Анализ общей выживаемости (ОВ) в общей когорте пациентов показал следующие результаты: однолетняя ОВ - 97,2% и трехлетняя ОВ - 70,4%.

Выводы. Повышение индекса коморбидности по Charlson достоверно ($p < 0,05$) коррелирует с увеличением степени тяжести осложнений, при этом показатель индекса > 3 наблюдался у 84,3% пациентов. На результаты лечения непосредственно влияют патологоанатомическая стадия онкопроцесса и степень злокачественности, которые увеличивают частоту «больших» осложнений и ранней летальности ($r = 0,5$; $p < 0,05$). Наименьшее количество осложнений наблюдалось среди пациентов с наружным отведением мочи после РЦЭ: УУКС (69,8%) или операция Bricker (58,4%), что соответствует данным мировой литературы. Следует отметить позднее диагностирование РМП и преобладающее количество паллиативных РЦЭ (63,7%), что свидетельствует о недостаточной профилактической и просветительской работе по выявлению и лечению пациентов с МИРМП.

ВЛИЯНИЕ АНДРОГЕННОЙ ДЕПРИВАЦИИ НА ОБЩУЮ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И.А. Гарагатый, Ю.В. Криворотько

Харьковский национальный медицинский университет

Стандартное первичное лечение распространенного рака предстательной железы (РПЖ) основано на уменьшении уровня циркулирующих андрогенов и ингибирования их воздействия на опухоль. Андрогенная депривация имеет ограниченную эффективность и закономерно приводит к развитию гормонорезистентности. С целью улучшения результатов проводятся исследования различных режимов терапии и комбинаций антиандрогенов с другими препаратами, включая цитостатики.

С 1988 года спектр андроген-депривационной терапии (АДТ) существенно расширился, что повлияло на различие подходов к методикам данного вида лечения рака предстательной железы.

Когда применяется АДТ? Существуют абсолютные и относительные показания:

1. При местно-распространенном раке T3-4 Nx-1Mx-1
2. При невозможности выполнения радикальной простатэктомии, вследствие возраста больного или тяжелой сопутствующей патологии
3. При первично-выявленном распространенном раке T1-4 N1M1
4. При биохимическом рецидиве после первичного радикального лечения
5. При комбинированной терапии рака предстательной железы совместно с:
 - радиотерапией
 - химиотерапией
 - палииативными методами лечения.

Основанием для использования данного вида терапии рака простаты является достижение кастрационного уровня тестостерона в сыворотке крови < 20 нг/дл, что позволяет повысить канцер-специфическую выживаемость по сравнению с пациентами с уровнем тестостерона > 50 нг/дл.

АДТ эффективна более чем у 90% пациентов (включая поздние стадии РПЖ). Появились данные о роли неoadъювантной и адъювантной гормональной терапии в дополнение к локальному хирургическому или лучевому лечению.

Основными вариантами АДТ являются:

1. Медикаментозная кастрация
2. Хирургическая кастрация
3. Flare-блокада + медикаментозная кастрация
4. Монотерапия антиандрогенами
5. Антиандрогены + ингибиторы 5 α -редуктазы.
6. Комбинированная андрогенная депривация
7. Интермиттирующая андрогенная депривация
8. Максимальная (полная) андрогена блокада
9. Триплетная лекарственная терапия

Методы андрогенной блокады

1. Билатеральная орхидэктомия
2. Эстрогенная терапия
3. Нестероидные («чистые») антиандрогены
4. Стероидные антиандрогены
5. Агонисты (аналоги) ЛГРГ
6. Орхидэктомия+антиандрогены
7. Антиандрогены+эстрогены
8. Агонисты (аналоги) ЛГРГ +антиандрогены
9. Антагонисты ЛГРГ

Применение данных методик для лечения больных, страдающих РПЖ хорошо изучено. Многими мультицентровыми рандомизированными исследованиями и указаны во всех рекомендациях.

Мы хотим остановиться на этапе лечения больных, когда наступает так называемая кастрат-резистентность или устойчивость к антиандрогенам. В таких случаях должен быть использован мультимодальный подход к лечению больных: задействуется радиотерапия, химиотерапия I-II линии и др. Однако ни в коем случае нельзя забывать о необходимости продолжать базисную антиандрогенную блокаду, так как андрогенная активность в клетках предстательной железы и раковых клетках продолжается даже в том случае, если уровень сывороточного тестостерона остается кастрационным. Это объясняется появлением обходных путей синтеза андрогенов на фоне терапии:

- гиперэкспрессия
- мутация
- сплайс-варианты андрогеновых рецепторов
- присутствие андрогенов или их лигандов в развитии гормонорезистентности

Успехи локальной терапии при нераспространенном (локализованном) ПЖ позволяют увеличить общую выживаемость более чем на 10 лет. Однако у пациентов старше 65 лет отрицательное влияние на продолжительность жизни оказывают сопутствующая патология, снижение активности, когнитивные расстройства.

Коморбидные заболевания являются основными причинами нераково-зависимой летальности после радикальной простатэктомии у пациентов старшего возраста.

Для оценки общего риска смерти до 10 лет используются кумулятивная шкала оценки патологии внутренних органов Чарльсона от 0 до 4 по 13 основным пунктам и общей оценке риска, которая образуется из сочетания оценок по каждому из органов.

Согласно рекомендациям Международного сообщества гериатрической онкологии, лечение РПЖ у пожилых пациентов должно определяться на G-8 скрининговому оценочному листу и шкале Карновского.

При наличии у пожилых пациентов локализованного РПЖ необходимо применять различные тактики лечения в зависимости от степени дифференциации опухоли и в большей степени использовать андрогенную депривацию, в том числе отсроченную (активное наблюдение или выжидательная тактика), так как риск канцер-специфической летальности у пожилых пациентов при наличии локального РПЖ низкой степени риска значительно меньше, чем от имеющихся у данной группы сопутствующих заболеваний.

ВИБІР ВИДУ ОРТОТОПІЧНОЇ НЕОЦИСТОПЛАСТИКИ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОЇ ЦИСТЕКТОМІЇ

І.А.Гарагатий

Харківський національний медичний університет

Вступ. Впровадження в клінічну практику детубуляризації та надання сферичної форми ізольованим сегментам порожнистим органам при створенні артіфіційних резервуарів після радикальної цистектомії привело до стрімкого збільшення кількості нових технологічних пропозицій інтестинонеоцистопластики. За інших рівних різні способи операції відповідають вказаним вимогам, але звичайно виникає потреба пошуку додаткових критеріїв, що дозволили б здійснити індивідуалізований вибір методу оперування в конкретному випадку [1].

Мета дослідження. Зважаючи на поширеність певних післяопераційних ускладнень, ми вважаємо за доцільне при такому виборі вдатись до спроб мінімізувати ризик розвинення запальних процесів (як найпоширенішого ускладнення) як у ранньому, тобто пов'язаному з неспроможністю швів, так і у віддаленому, найчастіше пов'язаному з прохідністю уретеронеоцистоанастомозів, післяопераційних періодах.

Щодо неспроможності швів і виникаючих через це гнійно-деструктивних процесів, вбачається один об'єктивний шлях вирішення цієї задачі (окрім підвищення техніки оперування) – чим менше міжкишкових швів і менше деформація ізольованого сегменту, тим менше вірогідність незаживлення і розходження зшитих тканин. Ця частина задачі, на наш погляд, може бути вирішена за рахунок вибору порожнистого органу для неоцистопластики.

Матеріали і методи дослідження. Висхідний пієлонефрит з каменеутворенням і ХНН та стриктури уретеронеоцистостостоми з порушенням уродинаміки ВСШ виявились найчастішими функціональними ускладненнями віддаленого періоду ортотопічної неоцистопластики [1]. Спроби „балансування” між псевдоклапанними утвореннями в зоні сечоводових анастомозів для запобігання рефлюксу і широким анастомозуванням для запобігання стриктурам цих співусть, будучи практично антагоністичними, вдаються нам неспроможними. У цьому зв'язку, вважаємо за доцільне використання лише тих способів, що включають недетубуляризовану кишкову ізоперистальтичну інтерпозицію між куксами сечоводів і резервуаром неоцисту у якості антирефлюксного та антистриктурного механізму.

У цьому контексті, ми пропонуємо алгоритм оптимального вибору порожнистого органу і техніки ортотопічного заміщення сечового міхура після РЦЕ, оснований на багаторічному досвіді застосування різних способів неоцистопластики, достатньому клінічному матеріалі і тимчасовому інтервалі спостереження, а також результатах комплексного обстеження (див. попередні розділи дійсної роботи) – рисунок 1.

Одержані результати і їх обговорення. Із всіх методик ортотопічного заміщення сечового міхура найбільш безпечною визнано кольпонеоцистопластику, застосовну лише у жінок, за умови інформованої згоди пацієнтки та наявності технічних умов [2, 3]. Відносна переважна безпека кольпонеоцистопластики базується, у першу чергу, на сприятливому перебігу післяопераційного періоду, а саме: відсутності умов для розвитку ускладнень, обумовлених порушенням цілісності ШКТ, менш агресивному мікробіоценозі (невисокий ризик висхідного інфікування) і гістоморфологічній індиферентності епітеліальної вистилки до постійного контакту із сечею за рахунок ембріональної спорідненості з уротелієм. У тому випадку, якщо жінка не готова до втрати