

удлиненными (8-10 см) приводящими и отводящими концами кишки. Перед этим в пределах неизмененных тканей освобождали культы мочеточников от фрагментов апоневроза и кожи. По поводу осложнений повторные операции в первые 90 дней выполнены у больных первой группы по поводу непроходимости в 6 случаях, ушивание мочевого свища потребовалось произвести у 7 больных. Эндоскопические вмешательства по поводу рубцевания и деформации анастомозов, конкрементов неописта произведены 20 пациентам первой группы и 4 – во второй. Стрессовое недержание мочи I-II ст имело у 5 пациентов первой группы и у 3 – во второй. Следует особо остановиться на трудовой реабилитации – 9 из 19 больных второй группы после ликвидации УКС и ортотопического отведения мочи вернулись к работе в полном объеме.

Выводы. Больные с УКС после РЦЭ могут быть подвергнуты пластической операции, а именно – отведению мочи в континентный ортотопический резервуар. Подобное вмешательство требует соблюдения определенных технических условий, а спектр осложнений при этом меньше, чем у больных после одноэтапного хирургического пособия.

ОСОБЕННОСТИ ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ АНДРОГЕННОЙ БЛОКАДОЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Криворотько Ю.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

При локализованных стадиях рака простаты у пожилых пациентов, согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов, могут быть предложены различные модальности:

- 1) отсроченное лечение (активное наблюдение или бдительное ожидание)
- 2) радикальная простатэктомия выполняется у лиц старше 75 лет, если риск прогрессирования рака и возможной смерти от этого превышает риск летальности от конкурирующей патологии. Основными проблемами являются ранние послеоперационные осложнения и большой процент недержаний мочи у более возрастных пациентов
- 3) наружная (лучевая) радиотерапия имеет аналогичный радикальной простатэктомии онкологический результат и связанную с лечением коморбидность независимо от возраста использованием предполагаемой суммарной дозы 72 Gr (высокой интенсивности или ориентированной на изображение). Данный вид лечения в сочетании с андрогенной блокадой влияет на прогрессирование патологии сердечнососудистой системы при средней и тяжелой степени проявления сопутствующей патологии
- 4) Минимально инвазивные методики аблятивные технологии развиваются в настоящее время быстрыми темпами, но еще не могут быть оценены в качестве рекомендаций
- 5) Андроген-депривационная терапия. В случаях с нематастатическим раком простаты немедленная антиандрогенотерапия назначается для уменьшения местной симптоматики. При местнораспространенном T3-T4 заболевании андрогенная блокада полезна при повышении ПСА более 50 нг/мл.

Распространенный рак простаты. Первой линией лечения гормонально-наивного (чувствительного) рака простаты является андроген-депривационная терапия. Необходимо оценивать минеральную плотность кости для предупреждения остеопороза, чтобы своевременно назначать препараты кальция и витамин Д.

Метастатический рак простаты у сохраненных, крепких пожилых пациентов является показанием для назначения доцетаксела. При этом, нужно обращать внимание на уровень гранулоцитов в крови.

Кабазитаксел, абиратерона ацетат, энзалутамид и сипулеуцел-Т увеличивают выживаемость при комбинации с химиотерапевтическими препаратами.

Паллиативное лечение включает хирургические, радиофармацевтические, наружные лучевые и медикаментозные методики для обезболивания и симптоматического лечения.

ИЗМЕНЕНИЯ В ОБМЕНЕ ВЕЩЕСТВ, СВЯЗАННЫЕ С АНДРОГЕННОЙ БЛОКАДОЙ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Криворотько Ю.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Андрогенная депривация может быть причиной резистентности тканей к инсулину, увеличение количества жировой ткани, уровня липидов низкой плотности, предпосылки к развитию диабета II типа.

По данным многих авторов, андрогенная блокада оказывает неблагоприятное воздействие на сердечнососудистую систему, что заставляет пациентов обращаться за специальной помощью к врачам терапевтических специальностей.

Особенно это касается мужчин старше 65 лет и тех, кто имел исходную патологию сердечнососудистой системы.

Адаптация здорового образа жизни, здоровое питание и регулярная физическая активность должна быть стандартно рекомендована данной группе пациентов.

Андрогенная блокада нежелательна у тех больных/, которые страдают декомпенсированной кардиологической патологий, особенно если риск канцерспецифической смертности у них низкий.

В каждом конкретном случае врач должен взвешенно подходить к пользе от андрогенной блокады и риску развития возможных фатальных осложнений.

Потенциальные побочные эффекты у мужчин, получающих андрогенную блокаду:

1. Приливы
2. Эректильная дисфункция, снижение либидо
3. Уменьшение костной массы и костные осложнения
4. Метаболический синдром
5. Увеличение веса за счет жировой ткани
6. Кардиоваскулярные осложнения
7. Анемия
8. Уменьшение мышечной массы, повышенная утомляемость
9. Когнитивные изменения, депрессия
10. Повышение риска тромбообразования

Данным пациентам необходимо рекомендовать здоровый образ жизни, сбалансированное питание, регулярную физическую активность, включая аэробную гимнастику. Пациенты с сердечнососудистой патологией должны получать адекватную терапию, включая противоаритмическую, гипотензивную, сахароснижающую, антиагрегантную терапию.

КАК СНИЗИТЬ РИСК КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ АНДРОГЕНДЕПРИВАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

Криворотько Ю.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Фармакотерапия рака предстательной железы в последнее время привела к существенным изменениям лечебной тактики у пациентов, страдающих данной патологией.