

рецидиву пухлини при інтравезикальному та черезшкірному шляхах введення БЦЖ. Ідентичні результати були повідомлені в пацієнтів, що мали набагато більший ризик в дослідженні з Меморіального Протиракового Центру Слоан-Кеттерінг. Ці результати показали, що одиничний курс, проведений раз на 6 місяців інтравезикальної терапії плюс підтримуюча БЦЖ терапія забезпечували довготривалий захист від рецидиву пухлини та навіть зменшене прогресування хвороби.

Дані більших досліджень Akaza і співавт. з Японії яскраво освітили прямі протипухлинні ефекти БЦЖ з частотою відповіді у 84,4-71,8% у пацієнтів з хворобою в стадіях CIS, Ta/T1, відповідно. Хоча на сьогодні розпізнано, що імунотерапія БЦЖ є лікуванням вибору при НІРСМ переміжного та високого ступенів ризику, існують розходження серед теперішньої когорти спеціалістів, що впливає на скерування щодо оптимального використання БЦЖ при НІРСМ. Також існують негода стосовно визначення ступенів ризику та інших стратегій лікування НІРСМ [4-6].

Водночас повідомлено й про негативні сторони БЦЖ терапії пухлин СМ [7]:

- Інтравезикальна БЦЖ має більшу ефективність і більше побічних ефектів проти інтравезикальної хіміотерапії;
- БЦЖ слід обережно використовувати в пацієнтів з низьким ступенем ризику, зважаючи на побічні ефекти;
- Можливі інфекційні ускладнення;
- Оптимальне дозування та схеми лікування БЦЖ не визначені, однак результати кращі в разі підтримувальної терапії, якщо її пацієнт добре переносить;
- БЦЖ протипоказана в разі розірваного уротелію через ризик інтравазації та септичної смерті [4-8].

Крім того, імунотерапію не можна застосовувати до отримання результату гістологічного дослідження. В разі рецидиву пухлини радять проводити цистектомію або ж терапію новітніми хіміотерапевтичними препаратами.

Висновки

1. Результати комбінованого лікування хворих на поверхневий рак сечового міхура показують підвищення ефективності лікування.

2. Всім хворим з НІРСМ необхідно проводити ТУР пухлини з наступною негайною інтравезикальною терапією хіміопрепаратом, за винятком лише тих пацієнтів, що мають перфорацію СМ або підозру на неї.

Література:

1. Antoni S., Ferslay J., Serjonataram I. et al. Bladder cancer incidence and mortality: a global overview and recent trends// Eur.Urol.-2017.-Vol.71, Is.1.-P.96-108.
2. Burnhand K., Boyd P., Mayo M. et al. Single dose intravesical thiotepa as an adjuvant to cystodiathermy in the treatment of transitional cell bladder cancer// Brit.J.Urol.-1976.-Vol.48, N1.-P.55-59.
3. Garrett J., Lewis R., Meehan W. et al. Intravesical thiotepa in the immediate post-operative period in patients with recurrent transitional cell carcinoma of the bladder// J.Urol.-1978.-Vol.120, N5.-P.410-411.
4. Sylvester R.J., Oostelinck W., Witjes J.A. The schedule and duration of intravesical chemotherapy in patients with non-muscle-invasive bladder cancer: a systematic review of the published results of randomized clinical trials// Eur.Urol.-2008.-Vol.53, Is.8.-P.709-719.
5. Lamm D., Colombel M., Persard R. et al. Clinical practice recommendations for management of Non-muscle-invasive bladder cancer// Eur.Urol.suppl.7.- 2008.-P. 651-656.
6. Brausi M., Witjes J.A., Lamm D. et al. A review of current guidelines and best practice recommendations for the management of non-muscle-invasive bladder cancer by the International Bladder Cancer Group// J.Urol.-2011.-Vol.186, N6.-P.2158-2167.
7. Stones J.S. Non-muscle-invasive bladder cancer (Ta, T1, and CIS)/ Kavoussi L.R., Partin R.W., Peters C.A. (eds)// Campbell-Walsh Urology. 11th edition.- Philadelphia: Elsevier, 2016.-Ch.93.- P.2205-2222.
8. Babjuk M., Bohle A., Burger M. et al. EAU Guidelines on Non-muscle-invasive urothelial carcinoma of the bladder: Update 2016// Eur.Urol.-2017.-Vol.71, Is.3.-P.447-461.

ВОЗМОЖНОСТИ УМЕНЬШЕНИЯ РИСКА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Криворотько Ю.В., Мещанин Р.Г., Гарагатый И.А.

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И Шаповала», г. Харьков

Одной из проблем лечения пожилых пациентов, страдающих раком предстательной железы, является существенная коморбидность, которая влияет как на выбор методов лечения, так и на прогноз общей выживаемости. Причиной смерти у данной группы больных в большинстве случаев является патология сердечнососудистой системы. По данным ВОЗ за 2015-2016 гг. патология сердечнососудистой системы № 1 в причине смертности, а 3/4 смертей приходится на страны с низким и средним уровнем дохода на душу населения.

Большинство кардиоваскулярных заболеваний могут быть представлены изменением поведенческих факторов, таких как курение, нездоровая диета, низкая физическая активность, злоупотребление алкоголем. Лица с повышенным риском кардиоваскулярных событий имеют 1 или

несколько факторов риска: гипертения, диабет, гиперлипидемия, ожирение, ранее развившаяся патология сердечнососудистой системы, нуждающиеся в ранней диагностике, обследовании и подборе адекватного лечения.

Отмечается первичная профилактика острых кардиоваскулярных событий:

- отказ от табакокурения;
- снижение употребления продуктов с повышенным содержанием жира, сахара, соли;
- увеличение физической активности;
- уменьшение употребления алкоголя;
- здоровое питание.

Вторичная профилактика кардиоваскулярных событий это:

- аспирин (комбинированная антиагрегантная терапия);
- бета-блокаторы (при ГБ);
- ингибиторы ангиотензинов;
- статины.

Польза от них весьма индивидуальна, но в сочетании с первичной профилактикой в 75% случаев рецидивы кардиоваскулярных событий могут быть предотвращены.

В дополнение используют так называемые «агрессивные» кардиохирургические методики:

- аортокоронарное шунтирование (байпас коронарных артерий)
- стентирование или баллонная дилатация артерий;
- восстановление или замена сердечных клапанов;
- пересадка сердца;
- аппараты «искусственное сердце».

В соответствии с европейскими рекомендациями целевым уровнем общего холестерина крови является $< 4,5$ мм/л, липопротеидов низкой плотности $< 2,5$ мм/л; для пациентов с сахарным диабетом рекомендован более жесткий контроль уровня липопротеидов низкой плотности $< 1,8$ мм/л. Назначение высоких доз аторвастатина (80 мг) у лиц высокого риска привело к достижению благоприятных результатов. Их отмена показана при повышении креатинфосфокиназы в 10 раз и увеличение показателей АСТ/АЛТ в 3 раза. Сдвиги значений остальных биохимических показателей не являются основанием для лечения статинами.

Нормализация углеводного обмена является одной из важнейших задач в терапии данных пациентов, так как статистика эпидемического состояния сахарного диабета в Украине тревожна. Диета, физическая активность, прием метформина и других сахароснижающих препаратов под контролем изменений углеводного обмена, является неотъемлемой частью лечения данных пациентов.

В терапии рака предстательной железы у больных пожилого возраста с выраженной сердечнососудистой патологией также имеются особенности, выделенные в гайдлайнах в отдельный раздел. Суть данных рекомендаций состоит, во-первых, в менее агрессивной тактике лечения, применении интермиттирующей андрогенной блокады, индивидуальный подход к лечению пожилых пациентов, учет состояния всех систем организма с использованием различных шкал, применение симптоматической терапии в тех случаях, когда сопутствующая патология является выраженной и специфическая терапия не показана.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ САРКОПИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Криворотько Ю.В., Хареба Г.Г., Щукин Д.В.

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И Шаповала», г. Харьков

Мужчины пожилого возраста, у которых диагностируется рак предстательной железы, нередко страдают той или иной степенью саркопии. На основании простых методов обследования мы определяли степень выраженности данного состояния. Для этого мы оценивали индекс массы тела, отношение жировой и мышечной составляющих, проводили денситометрию плоских костей, исследовали уровни белков крови и витамина Д.

Разделение пациентов по стадиям распространенности опухоли предстательной железы: T_1 - N_0M_0 – 15, $T_3N_0M_0$ – 16, $T_{1-4}N_{0-1}M_1$ – 17.