

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 САРКОПЕНИИ 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 саркопении. 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: T₁-₂N₀M₀ – 15, T₃N₀M₀ – 16, T₁₋₄N₀₋₁M₁ – 17.

Из них у 78% имелась саркопения, обусловленная исходными возрастными и сосудистыми проблемами. У 80% отмечались снижение индекса массы тела и в основном за счет уменьшения мышечной составляющей, разной степени остеопороз, нарушение углеводного обмена.

В связи с необходимостью проведения андрогенной блокады неизбежным было прогрессирование саркопении. Поэтому во всех случаях мы назначали контроль за состоянием сердечно-сосудистой системы, аэробную гимнастику, преимущественно по программе Feel+, определяли необходимые предложения в диете, а самое главное – мотивировали больных на необходимость выздоровления, что являлось важным фактором семейных взаимоотношений у пожилых пациентов, страдающих раком предстательной железы.

Важной составляющей профилактики и лечения саркопении являлось назначение витамина Д. Углеводный обмен был скомпрометирован более чем у 50% больных, что потребовало наряду с диетотерапией, модификацией физической нагрузки, добавлять и терапию метформином и сахароснижающие препараты.

Скомпрометированная сердечнососудистая патология потребовала более тесного общения с кардиологами и кардиохирургами, в том числе у 7 пациентов произведено стентирование коронарных артерий, электроимпульсной терапии и установки кардиостимулятора.

Все аспекты лечения данной категории больных, являясь медицинской и социальной проблемой, требуют общих усилий и комплексного индивидуального терапевтического подхода.

ОСОБЛИВОСТІ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ З РАКОМ НИРКИ T1a ПОХИЛОГО ВІКУ

Лесняк О.М.¹, Добровольський В.А.², Строй О.О.³, Грицина Ю.Р.⁴, Лесняк М.О.³, Баніра О.Б.⁵

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

² Хмельницька обласна клінічна лікарня, м. Хмельницький.

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

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

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

З огляду на зростання соціальних стандартів та підвищення якості надання медичної допомоги в світі загалом та в Україні зокрема, за останні десятиліття у загальній популяції нашої країни суттєво зросла частка осіб старшого та похилого віку. Рак нирки (нирково-клітинний рак, НКР), є одним з найбільш розповсюджених онкоурологічних захворювань серед літніх пацієнтів, причому вагома частка випадків цього захворювання діагностується на початковій стадії T1a, коли розміри пухлини не перевищують 4,0 см в діаметрі. У хворих похилого віку, що обтяжені важкою супутньою патологією, застосування радикальних методик неможливе. Водночас, у багатьох літніх пацієнтів з НКР T1a стан здоров'я дозволяє безпечно проводити адекватне хірургічне лікування.

Мета дослідження. Метою нашого дослідження було визначення тактики лікування літніх хворих на рак нирки T1a залежно від наявної супутньої патології.

Матеріал та методи. Ретроспективно ми проаналізували результати лікування 268 хворих на НКР T1a, що були проліковані у наших лікувальних закладах протягом 2004-2012 рр. Отримані дані порівнювались із наслідками активного спостереження 73 хворих на НКР T1a з обтяженим соматичним станом. Діагноз НКР встановлювався перед хірургічним втручанням за допомогою передопераційних голкових біопсій, або вже після операцій – за результатами патогістологічних досліджень.

У 79 хворих було проведено нефректомії без лімфаденектомії (НФ), у 76 хворих – резекції нирки (РН), у 74 хворих – енуклеорезекції пухлини, у 39 випадках – радіочастотну абляцію пухлин (РЧА). Під час вибору оптимального методу хірургічного втручання нами застосовувалась власний алгоритм, що базується на визначенні індивідуального сумарного балу (LVIV score).

У 73 літніх хворих на НКР T1a супутні захворювання не дозволяли здійснити будь-яке хірургічне втручання, тому щодо них застосовували тактику активного спостереження (АС).

Для встановлення ефективності лікування ми обчислювали 5-річну загальну виживаність (5yr OS) та 5-річну канцер-специфічну виживаність (5yr CSS), що визначались за методикою Каплан-Мейєра.

Загально-соматичний стан хворих характеризувався шляхом обчислення індексу супутньої патології за Charlson (Charlson Comorbidity Index score [CCI]). Для визначення взаємозв'язків між