

## РЕГИОНАРНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ — ПРЕИМУЩЕСТВА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

© Д.А. Тимофеев, М.В. Одинцова, М.И. Школьник, Я.В. Коровина, И.Ю. Лисицын

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» МЗ РФ  
(г. Санкт-Петербург)

**Введение.** Рак мочевого пузыря (РМП) занимает седьмое место в структуре общей онкологической заболеваемости. В России в 2015 году выявлено 15 438 первичных пациентов, из них 581 человек в Санкт-Петербурге.

**Цель работы.** Улучшение результатов лечения больных РМП II–IV стадий путем применения внутриартериальной химиотерапии по схеме: гемцитабин + цисплатин (GP).

**Материалы и методы.** Исследованы две группы больных: в одной из них — 34 пациента, которым проводилась системная химиотерапия (СХТ) по схеме GP, в другой группе — 32 человека, получавшие системно-регионарную химиотерапию (СРХТ) по схеме GP. По полу, возрасту и стадии заболевания группы были сопоставимы. Морфологический диагноз у всех больных определялся по данным биопсии, взятой при цистоскопии и по операционному материалу.

**Результаты.** Для изучения эффективности химиотерапии инвазивных форм РМП препаратом гемцитабин нами были проанализированы результаты лечения пациентов РМП при разных режимах введения химиотерапевтических препаратов. Анализ ближайших

результатов лечения больных РМП выявил отсутствие полного ответа на проводимую терапию во всех группах. Сопоставление полученных данных позволило установить, что частичный ответ в группах СРХТ и СХТ был достигнут в 72 и 56 % случаев соответственно ( $p = 0,04$ ). Наибольшая продолжительность периода до прогрессирования достигнута в группе СРХТ, и в среднем она составила  $27,3 \pm 3,04$  мес. В группе СХТ этот показатель оказался достоверно ниже —  $19,3 \pm 4,08$  мес. ( $p = 0,0001$ ). Отдаленные результаты были проанализированы с помощью метода Каплан — Мейера. Общая трехлетняя выживаемость в группе СХТ составила 42 %, в группе СРХТ — 87 %. Таким образом, по сравнению с системным использованием внутриартериальное введение гемцитабина позволило добиться повышения 3-летней выживаемости в 2 раза ( $p = 0,0001$ ).

**Заключение.** Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что проведение системно-регионарной химиотерапии по схеме GP позволяет улучшить результаты лечения и может применяться у больных инвазивными формами РМП.

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВИТАПРОСТОМ-ПЛЮС БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ

© В.Н. Ткачук, И.Н. Ткачук, С.Ю. Боровец

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург)

Хронический бактериальный простатит (ХБП) остается в настоящее время распространенным, но плохо поддающимся лечению заболеванием. Общеизвестно, что терапия больных ХБП должна быть комплексной и направленной на все звенья этиологии и пато-

генеза болезни. Трудности лечения больных ХБП связаны с недостаточной способностью антибактериальных препаратов проникать в очаг воспаления в предстательной железе. Причину этого феномена связывают с персистенцией экссудативной и пролиферативной

фаз воспаления, что приводит к гиперплазии соединительной ткани и склерозированию (Зайцев А.В., Пушкарь Д.Ю. и др., 2016).

Мы наблюдали 149 больных хроническим бактериальным простатитом, которые для лечения заболевания получали витапрост-плюс в виде суппозиторий 1 раз в сутки в течение 30 дней. Каждая свеча препарата содержала 100 мг экстракта простаты сампрост в сочетании с ломефлоксацином гидрохлоридом в дозе 400 мг. Ранее было доказано, что препарат из предстательной железы витапрост оказывает органотропное действие, влияя на процессы дифференцировки в популяции клеток, из которых они были выделены. Кроме того, они обладают противовоспалительным и иммуномодулирующим факторами, улучшают кровоток в предстательной железе и усиливают синтез антигистаминовых и антисеротониновых антител.

У всех больных до лечения в эякуляте были выявлены микроорганизмы в концентрации  $10^3$  КоЕ/мл, в том числе *E. Coli* — у 92 (61,7 %), *E. faecalis* — у 16 (10,7 %) больных, *S. haemolyticus* — у 31 (20,8 %) больного, *P. mirabilis* — у 10 (6,7 %) больных. Эрадикация микроорганизмов после лечения витапростом-плюс была достигнута у

130 (87,2 %) из 149 больных этой группы. Динамика симптомов ХБП на фоне лечения витапростом-плюс по Международной шкале NIH-CPSI была следующей: интенсивность болевого синдрома снизилась с  $14,7 \pm 1,3$  до  $4,2 \pm 0,3$  балла, дизурия — с  $9,4 \pm 0,9$  до  $1,1 \pm 0,2$  балла, качество жизни — с  $11,2 \pm 1,1$  до  $4,0 \pm 0,5$  балла. Существенно улучшился и кровоток в предстательной железе. Если до лечения индекс эффективности микроциркуляции в предстательной железе был равным  $0,62 \pm 0,04$  усл. ед., то после лечения —  $0,91 \pm 0,03$  усл. ед.

При изучении отдаленных результатов лечения 130 больных ХБП, у которых имела место эрадикация микроорганизмов после приема витапроста-плюс, оказалось, что фаза стойкой ремиссии болезни в течение 3 лет после завершения лечения имела место у 119 (91,5 %) из 130 больных этой группы. Вместе с тем фаза стойкой ремиссии заболевания в предыдущие годы, когда больным с ХБП еще не назначали витапрост-плюс, была выявлена только у 52 (53 %) из 98 наблюдаемых нами больных ХБП, которые для лечения заболевания получали антибактериальные препараты по стандартной схеме внутримышечно или перорально.

## СОСТОЯНИЕ ВНУТРИОРГАННОГО КРОВОТОКА В ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ У БОЛЬНЫХ ДГПЖ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ДУТАСТЕРИДОМ

© *В.Н. Ткачук, И.Н. Ткачук, М.М. Изиев*

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург)

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одним из наиболее распространенных заболеваний мужчин старше 50 лет. В последние годы предложены десятки препаратов для лечения больных ДГПЖ. Среди различных групп препаратов, применяемых у больных ДГПЖ, только ингибиторы 5- $\alpha$ -редуктазы обладают патогенетически обоснованным эффектом, так как предотвращают дальнейшее прогрессирование заболевания, умень-

шают объем предстательной железы и существенно снижают число осложнений этого заболевания. В настоящее время применяют два ингибитора 5- $\alpha$ -редуктазы: финастерид и дутастерид.

У 81 больного ДГПЖ, получавшего дутастерид в течение 48 месяцев непрерывно, мы изучили в динамике состояние внутриорганного кровотока в предстательной железе через 6, 12, 24 и 48 месяцев лечения. Данные приведены в таблице.