

этиологии, наблюдаются изменения уровня тиреоидных гормонов, проявляющиеся синдромом эутиреоидной слабости в 52% случаев.

3. У пациентов во время сеанса гемодиализа наблюдается параллелизм между динамикой маркеров уремии и эндотоксемии и положительными сдвигами в тиреоидном статусе, что позволяет использовать динамику тиреоидного статуса для оценки эффективности проводимой терапии.

4. Благоприятным критерием выживаемости пациентов на программном гемодиализе является высокая интенсивность режима гемодиализа (адекватно подобранная конкретному пациенту).

5. Такие сдвиги в функциональном состоянии ЩЖ как повышение уровня свТ₄ и снижение содержания ТТГ в ходе сеанса гемодиализа являются предикторами наилучшего прогноза на Злетнюю выживаемость.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бикбов Б.Т., Томилина Н.А. О состоянии заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 2000–2005 годах // Нефрология и диализ. — 2007. — Т. 9. — № 1. — С. 8–72.
2. Браверман Л.И. (Braverman L.E.) Болезни щитовидной железы: Пер. с англ. — М.: Медицина, 2000.
3. Почечная эндокринология /Под ред. М. Дж. Да-

на (Dunn M.J.): пер. с англ. В.И. Кандрора. — М.: Медицина, 1987.

4. Стецюк Е.А., Лебедев С.В. Классический гемодиализ. — М.: 1997.

5. Сычева Н.А. Возможности универсальных системных индексов в лабораторной диагностике функционального состояния тиреоидной системы // Available from: <http://www.mks.ru/library/text/biomedprior/98/s3t21.htm>

6. Трошина Е.А., Абдулхабирова Ф.М. // Пробл. эндокринол. — 2001. — Т. 47. — № 6. — С. 61–64.

7. Kaptein E.M. Thyroid hormone metabolism and thyroid diseases in chronic renal failure // Endocr. Rev. — 1996. — Vol. 17. — P. 45–63.

THYROID STATUS IN PATIENTS WITH TERMINAL UREMIA ON PROGRAMMED HEMODIALYSIS

L.G. Nikolaeva

Summary

Investigated was the thyroid status (total and free fractions of triiodothyronine, thyroxine) and thyroid-stimulating hormone in the subgroup of patients with end-stage chronic renal failure receiving programmed hemodialysis (main group) compared to the population sample of 205 practically healthy people. Revealed were functional changes in thyroid status, which exceeded the population-based indicators by more than 2 times. The dynamics of thyroid hormone levels improved during the hemodialysis procedure, it had different directivity in the subgroups of survivors and those who did not survive during the 3-year patient observation period. The worst prognosis for survival had patients with a growth of T4 and decrease of thyroid-stimulating hormone.

Key words: uremia, thyroid hormones, thyroid-stimulating hormone.

УДК 616.65–002.2–06:616.65–006–08–059

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ ПРИ РАЗВИТИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Александр Израилевич Неймарк, Ярослава Валерьевна Яковец

Кафедра урологии (зав. — проф. А.И. Неймарк) Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул, email: neimark@barnaul.ru

Реферат

Оценена эффективность комбинированной терапии хронического воспалительного процесса в простате при сочетании с аденомой предстательной железы объемом свыше 40 см³. Проведение комбинированной терапии с включением дутастерида как блокатора 5 α -редуктазы, приводящего к достаточно быстрому и продолжительному снижению продукции активной формы тестостерона (дигидротестостерона) и уменьшению размеров узла, а также антибактериального препарата в зависимости от выявленной чувствительности позволяет уменьшить размеры узлового образования и

стабилизировать результаты лечения хронического простатита.

Ключевые слова: хронический простатит, аденома простаты, блокатор 5 α -редуктазы, антибиотикотерапия.

Хронический простатит (ХП) — одно из частых воспалительных заболеваний половой сферы мужчин. До 30–40% урологических больных страдают простатитом [2, 4, 5]. Аденома предстательной желе-

зы (АПЖ) — также одно из наиболее распространенных заболеваний мужчин пожилого возраста [3]. Патоморфологические критерии диагностики АПЖ достаточно специфичны. Клинически же эта патология проявляется менее отчетливо, особенно при внепузырном росте, когда динамический компонент практически невыражен. При условии, что больной в молодом возрасте длительно лечился по поводу хронического простатита, любые изменения при мочеиспускании он будет относить на его счет и зачастую длительное время самостоятельно принимать ранее назначавшуюся противовоспалительную терапию [1]. В таком случае наблюдается временное улучшение состояния, однако рост аденоматозной ткани при этом не приостанавливается и объем достигает больших размеров. Возникшее ранее бактериальное воспаление по периферии предстательной железы при появлении узлового образования в центральной зоне за счет сдавления и нарушения микроциркуляции принимает непрерывно рецидивирующий характер; замедляются проникновение противовоспалительных препаратов в ткань предстательной железы, а также наступление ремиссии [6, 7]. Дутастерид как ингибитор фермента 5 α -редуктазы двух типов приводит к достаточно быстрому и продолжительному снижению продукции активной формы тестостерона — дигидротестостерона (ДГТ) и, следовательно, уменьшению размеров узла. Проведение комбинированной терапии с включением этиотропного при АПЖ и антибактериального препарата в зависимости от выявленной чувствительности позволяет уменьшить размеры узлового образования, а значит уменьшить сдавление периферической части простаты, улучшить микроциркуляцию и усилить воздействие на микробный агент. Это дает более стойкие результаты лечения обоих заболеваний — и хронического простатита, и АПЖ. В результате адекватной терапии восстанавливается качество жизни мужчины.

Целью настоящего исследования было изучение возможностей комбинированной терапии у больных хроническим простатитом при развитии АПЖ больших размеров с включением как антибактериального препарата, так и ингибитора 5 α -редуктазы.

Проводилось лечение 94 больных хроническим воспалительным процессом в возрасте от 52 до 68 лет (средний возраст — 59,7 года). Основную группу (ОГ) составили 75 пациентов, у которых при обследовании было выявлено узловое образование в центральной зоне предстательной железы больших размеров, а также обнаружались признаки хронического простатита. Лечение включало дутастерид (аводарт, Glaxo) в дозе 5 мг один раз в день в течение полугода одновременно с назначением (в соответствии с результатами посева эякулята) амоксициллин клавуланата (панклав, хемофарм), цефтриаксона (азаран, хемофарм) или азитромицина (хемомицин, хемофарм) по схеме курсом по 10 дней в течение 6 месяцев под контролем чувствительности микрофлоры. Критерием для назначения аводарта служили следующие параметры: суммарный балл симптоматики не менее 13, индекс качества жизни не менее 3 баллов, $O_{\max}$ не более 15 и не менее 5 мл/с, объем мочеиспускания не менее 100 мл, объем остаточной мочи не более 150 мл, объем простаты не менее 60 см³ (нижняя граница — 50 см³). Эффективность лечения оценивали у пациентов двух групп сравнения. В 1-ю группу сравнения (ГС-1) вошли 16 пациентов, которые исходно имели сопоставимые изменения в периферической части предстательной железы по всем исследованиям, при этом до обращения в клинику урологии они получали лечение только по поводу хронического простатита (антибактериальные препараты, средства, улучшающие микроциркуляцию, нестероидные противовоспалительные средства), а после обращения — такое же лечение, как пациенты основной группы. Во 2-й группе сравнения (ГС-2) было 13 пациентов, которые исходно имели сопоставимые изменения в периферической части предстательной железы по всем исследованиям, а узловое образование в центральной зоне у них не определялось. Они получали терапию только по поводу хронического простатита (антибактериальные препараты, средства, улучшающие микроциркуляцию, нестероидные противовоспалительные препараты в соответствии с результатами посева эякулята): амоксициллин клавуланат, цефтриаксон или азитромицин по схеме курсом по

10 дней в течение 6 месяцев под контролем чувствительности микрофлоры. В качестве контроля (КГ) использовались данные 11 пациентов без признаков хронического простатита. Всем больным проводились оценка общего состояния, пальцевое ректальное исследование, общие анализы крови, мочи, анализ секрета предстательной железы и его микробиологическая оценка, бактериологический посев эякулята, УЗИ почек, трансректальное УЗИ предстательной железы с доплерографией. Клиническая симптоматика оценивалась по шкале IPSS и QL. Клинически и по УЗИ признаки пиелонефрита выявлены не были.

Полный курс обследования проводился через 4 и 6 месяцев после начала лечения и через 6 месяцев после его окончания.

До лечения суммарный балл IPSS был равен 19,3, минимальная скорость потока мочи — 3,5 мл/с, уровень ПСА — 2,8. Изменение качества жизни отметили все пациенты. Клиническая симптоматика воспалительного процесса в предстательной железе определялась системой суммарной оценки по О.Б. Лорану — А.С. Сегалу (2001). При обращении у всех больных отмечалось повышение температуры тела от субфебрильных цифр до фебрилитета, лейкоцитоз в крови. Ректально определялись болезненность при пальпации железы и увеличение размеров железы, выраженная сглаженность междолевой бороздки, повышенное количество лейкоцитов в соке простаты. По данным посева секрета и определения чувствительности условно-патогенной микрофлоры к антибиотикам: культуры *Enterobacter* spp. более чувствительны к амоксициллину (конкретно к амоксициллину клавуланату, т.к. чувствительность к комбинированному препарату определялась отдельно), чем к макролидам, фторхинолонам и цефалоспорином, культуры гемолитического и негемолитического стрептококков, наоборот, — к цефалоспорином, чем к макролидам (азитромицину), фторхинолонам и пенициллиновым препаратам, *Proteus* spp. — к амоксициллину клавуланату (средняя чувствительность к цефалоспорином, еще ниже к макролидам). *E. coli*, характеризуется высокой чувствительностью как к макролидам (конкретно к азитромицину), так и

Таблица 1

Резистентность выделенных уроштаммов к антибактериальным препаратам (в %)

Антибиотики	<i>E. coli</i>	Энтеробактер	<i>Streptococcus</i>	<i>Proteus</i> spp.
	%			
Амоксициллин	15,7	32	22,5	20
Амоксициллин клавуланат	19,3	39,4	19	22,2
Азитромицин	40,3	20,8	33,1	0
Цефтриаксон	34	5,2	50	15,4
Ципрофлоксацин	12,5	14,1	5,1	14,3

к цефалоспорином и низкой — к амоксициллину клавуланату. Среди выделенных штаммов стафилококков в значительном проценте наблюдений встречаются полирезистентные к цефалоспорином и макролидам. Чувствительность энтерококков без достоверной разницы одинакова к азитромицину, цефалоспорином и уступала таковой амоксициллину клавуланату (табл.1).

Трансректальное УЗИ предстательной железы с доплерографией выявило увеличение размера простаты в среднем до 57,6 см³. Размер узла, расположенного в центральной зоне, достигал в среднем 33,9 см³; отмечалось диффузное снижение эхогенности зоны узла, по периферии снижение количества приносящих и относящих сосудов. В отдельных участках кровотока полностью отсутствовал; показатели кровотока были снижены как в самой ткани простаты, так и в проекции узла (табл. 2).

Достоверное уменьшение размеров узла, предстательной железы в среднем на 18 см³ наблюдалось уже через 4 месяца после начала приема комбинированной терапии. Кроме того, в эти же сроки были выявлены положительные сдвиги в показателях васкуляризации: возросли показатели кровотока, увеличились диаметр сосудов и плотность сосудистого сплетения у пациентов ОГ. В этой группе мы не наблюдали один из основных побочных эффектов от назначения препаратов (блокаторов 5 α -редуктазы) — эректильной дисфункции (вероятно, за счет улучшения васкуляризации). Все положительные изменения были стабильны и сохранялись на протяжении еще 6 месяцев. В ГС-1, несмотря на на-

Таблица 2

Показатели васкуляризации и гемодинамики простаты у здоровых и больных хроническим простатитом и при развитии АПЖ

Группы	До лечения	Через 4 мес	Через 6 мес	Через 12 мес	Контроль М±m
ОГ (М±m)					
Линейная средняя скорость, см/с	5,98±0,13*	7,52±0,21**	7,52±0,21	7,52±0,21	7,37±0,26
Индекс резистентности, у.е.	0,77±0,018*	0,69±0,019**	0,69±0,019	0,69±0,019	0,64±0,019
Объемный кровоток, л/мин	0,009±0,001*	0,031±0,004**	0,031±0,004	0,031±0,004	0,029±0,002
ГС-1 (М±m)					
Линейная средняя скорость, см/с	5,31±0,11*	5,82±0,12	6,74±0,19**	6,74±0,19	7,37±0,26
Индекс резистентности, у.е.	0,75±0,015*	0,74±0,014	0,65±0,013**	0,65±0,013	0,64±0,019
Объемный кровоток, л/мин	0,011±0,003*	0,013±0,003	0,024±0,001**	0,024±0,001	0,029±0,002
ГС-2 (М±m)					
Линейная средняя скорость, см/с	5,31±0,11*	5,73±0,19	6,73±0,19**	6,73±0,19	7,37±0,26
Индекс резистентности, у.е.	0,75±0,015*	0,66±0,004	0,68±0,004**	0,68±0,014	0,64±0,019
Объемный кровоток, л/мин	0,011±0,003*	0,026±0,001	0,0287±0,001**	0,0287±0,001	0,029±0,002

* Достоверность показателей до лечения в группах больных и в контроле,
** до и после лечения в группах больных.

чало приема этиотропной терапии, достоверное уменьшения размеров узла наблюдалось только через 6 месяцев, но в меньшей мере, чем в основной группе (на 13,9 см³). Изменений кровотока через 4 и 6 месяцев нами также не было отмечено. При контрольном трансректальном УЗИ предстательной железы с доплерографией еще через 6 месяцев от начала терапии имело место появление кровотока в ранее «немых» зонах, хорошо визуализировались приносящие сосуды. Дифференциация эхозон стала более отчетливой. В ГС-2 назначение адекватной антибактериальной терапии привело к сопоставимым и стабильным изменениям в показателях кровотока уже через 4 месяца от начала лечения. Изменение качества жизни в лучшую сторону через 4 месяца приема комплексной терапии отмечали все пациенты ОГ: симптомы появлялись либо редко, либо очень редко (табл.3). В ГС-1 сохранялись симптомы подострого течения хронического про-

статита, и пациенты продолжали реагировать на провоцирующий фактор в виде переохлаждения, что приводило сразу же к ухудшению показателей и качества мочеиспускания и требовало повторного обследования и назначения противовоспалительных средств (пациенты при этом принимали аводарт). Полученные результаты у пациентов основной группы сохранялись 6 последующих месяцев наблюдения. Обострения хронического воспалительного процесса и изменений качества мочеиспускания в основной группе не возникло. Из нежелательных явлений двое больных ГС-1 отметили снижение потенции, однако от препарата не отказались.

Таким образом, дутастерид как ингибитор фермента 5α-редуктазы двух типов, выпускаемый под торговым названием “аводарт”, приводит к снижению продукции активной формы тестостерона (ДГТ) и, следовательно, к уменьшению степени инфравезикальной обструкции.

Таблица 3

Расчет индекса симптомов, качества жизни, симптоматики в целом и клинического индекса по шкале СОС-ХП у здоровых, больных хроническим простатитом и при развитии АПЖ больших размеров

Больные	Суммарный балл (М ± m)							
	боль				качество жизни			
	0–15				0–13			
	КГ	ОГ	ГС -1	ГС-2	КГ	ОГ	ГС -1	ГС-2
До лечения	0,91±0,001	13,20±0,10	12,94±0,09	13,11±0,09	0,41±0,001	10,59±0,09	10,70±0,09	11,05±0,09
После лечения		2,91±0,03	2,89±0,029	0,98±0,028		1,91±0,01	1,93±0,01	0,47±0,012

Возникновение бактериального воспаления по периферии предстательной железы нарушает микроциркуляторные показатели, замедляет проникновение, а также сроки наступления положительных результатов. Проведение комбинированной с включением антибактериального препарата терапии позволяет (в соответствии с основным спектром возбудителей и их чувствительностью это может быть цефалоспорин Азаран, макролид азитромицин Хемомицин или амоксициллин клавуланат Панклав) воздействовать на микробный агент и улучшить микроциркуляцию. Последнее, в свою очередь, обеспечивает еще более полноценную доставку антибиотика и блокатора 5 α -редуктазы аводарта в очаг воспаления, приводя к более стойким результатам, практически устраняя риск возникновения побочных эффектов и в конечном итоге восстанавливая качество жизни мужчины.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Выбор антимикробных препаратов при неосложненных инфекциях мочевыводящих путей внебольничного происхождения. Пособие для врачей. — Смоленск, 2002. — 14 с.
2. Гориловский Л.М., Доброхотов М.М. Хронический простатит// Амбул. уrol. — 2003.— № 4.— С. 42—44.
3. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы / Под ред. акад. РАМН Н.А.Лопаткина. — М., 1999. — 216 с.

4. Лоран О.Б., Пушкарь Д.Ю., Сегал А.С., Юдовский С.О. Наше понимание проблемы хронического простатита// Фарматека. — 2002. — № 10. — С. 69—76.

5. Пушкарь Д. Ю., Сегал А.С., Юдовский С.О. Противомикробная терапия хронического неспецифического простатита// Consil. med. — 2002. —Том 4. — № 5. — С.249—251.

6. Ткачук В.Н. Современные методы лечения больных хроническим простатитом. Пособие для врачей. — СПб, 2000.— 8 с.

7. Яковлев С.В. Современные подходы к антибактериальной терапии инфекций мочевыводящих путей// Consil. med. — 2001. — № 7. — С.34—38.

Поступила 23.10.08.

COMBINED THERAPY OF PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS IN THE DEVELOPMENT OF PROSTATIC ADENOMA OF LARGE SIZES

A.I. Neimark, Ya.V. Yakovets

Summary

Evaluated was the efficacy of combined therapy of chronic inflammation process in the prostate when combined with an adenoma of the prostate gland with a volume of more than 40 cm³. Implementation of a combined therapy with inclusion of dutasteride, a blocker of 5 α -reductase, which leads to a rather rapid and prolonged decline in production of active forms of testosterone (dihydrotestosterone) and reduction of the size of the node, as well as inclusion of an antibacterial drug, depending on the determined sensitivity can reduce the size of nodal formation and stabilize the results of treatment of chronic prostatitis.

Key words: chronic prostatitis, adenoma of prostate, blocker of 5 α -reductase, antibacterial therapy.

УДК 618.19—006.6—085.28

ВОЗМОЖНОСТИ РЕГИОНАРНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Карлыгаш Раушановна Умарова², Казбек Заинович Сыздыков¹,
Онласбек Кудайбергенович Кулакеев¹, Дауранбек Турсункулович Арыбжанов¹,
Жанар Сапарбековна Туменбаева²

¹Кафедра онкологии, маммологии с курсом ЛОР-болезней (зав. — проф. О.К. Кулакеев)
²Южно-Казахстанской государственной медицинской академии²Областной онкологический диспансер
(главврач — проф. О.К. Кулакеев), г. Шымкент, Казахстан, email: davran_a@mail.ru

Реферат

Проанализированы результаты лечения больных раком молочной железы III стадии, получивших неoadъювантную внутриартериальную химиотерапию (75 мг/м² таксотера, 50 мг/м² доксорубина). После 2 курсов химиотерапии частичная регрессия процесса наблюдалась у 19 (63,3%) больных, стабилизация — у 11 (36,7%), после 4 курсов полная регрессия — у 15 (50%), частичная — у 12 (40%), стабилизация процесса — у 3 (10%). В результате лечения у 27 (90%) больных удалось

произвести радикальную мастэктомию.

Ключевые слова: рак молочной железы, химиотерапия, мастэктомия.

В Республике Казахстан и Южно-Казахстанской области растет заболеваемость злокачественными новообразованиями, и лечение их является важной и актуальной задачей. Рак молочной