

больным раком предстательной железы. Сопутствующая соматическая патология и стадия заболевания исключали возможность применения традиционных методов радикального лечения. Значения параметров клинического статуса у больных составили: уровень ПСА от 37,79 до 87,42 нг/мл, скорость истечения мочи от 5,4 до 7,5 мл/сек, объем простаты от 15 до 74 см³, объем остаточной мочи от 20 до 103 см³, средний балл IPSS 18, QoL 4. Всем больным были проведены 3-5 сеансов БЭТ с использованием аппарата ВЕТ-7 (Horst Poduschka, Германия). Воздействие электротока на опухоль осуществляли с помощью 4-х накожных пластинчатых электродов. Анод располагали на коже области лонного сочленения, катод на коже крестца и промежности. Сила тока не превышала 60 мА, напряжение – 20 В. Длительность проведения сеансов составляла 100-180 минут. Все больные перенесли процедуру удовлетворительно. Каких-либо осложнений мы не наблюдали.

Результаты исследования и их обсуждение. После проведения первого сеанса БЭТ все больные отмечали улучшение качества мочеиспускания (скорость истечения мочи возрастала до 10,2 мл/сек, ночные микции отсутствовали или сократились до 1 раза за ночь, средний балл IPSS снижался до 14).

При УЗ-мониторировании в режиме ЦДК, после 3-го сеанса, наблюдали прогрессивное снижение линейных скоростей кровотока в опухолевом узле, уменьшение объема железы и опухоли, что свидетельствует о некрозе в опухоли и тромбозе её сосудов. После проведения 5-го сеанса биоэлектротерапии средний 0,4 нг/мл.±уровень ПСА составлял 3,28. При контрольном трансректальном УЗ-исследовании, выполненном через 2 недели после проведения 5-й процедуры, четко опухолевый узел не определялся. При исследовании в режиме ЦДК очагов патологического кровотока не выявлено. При морфологическом исследовании биопсийного материала отмечен лечебный патоморфоз опухолевой ткани II степени выраженности.

При УЗ-исследовании, выполненном через 3 месяца после завершения лечения, отмечено дальнейшее уменьшение среднего объема предстательной железы до 38 см³, отсутствие очагов патологического кровотока в предстательной железе. Средний объем остаточной мочи к этому сроку наблюдения составил 5 см³, ночные микции отсутствуют. Средняя максимальная скорость истечения мочи 14 мл/сек. Средний показатель уровня ПСА 0,4 нг/мл. При контрольном обследовании, проведенном через год после завершения лечения, отмечено сохранение достигнутых параметров клинического статуса у всех больных (средняя скорость истечения мочи 10,2 мл/сек, ночные микции отсутствуют или наблюдаются в среднем 1 раз за ночь, средний балл IPSS 14, средний показатель уровня ПСА 0,4 нг/мл, средний объем предстательной железы 38 см³, отсутствие очагов патологического кровотока в предстательной железе.). При морфологическом исследовании биопсийного материала выявлена гистологическая картина аденоматозной гиперплазии, атрофических изменений в ткани предстательной железы; мелкие группы опухолевых клеток в состоянии дистрофии, а также фокусы некротических и некробиотических изменений эпителия.

Выводы. Изучение результатов наших наблюдений позволяет констатировать: 1. Использование данной технологии улучшает качество жизни пациента. 2. Осуществление биоэлектротерапии не способствует прогрессированию болезни. 3. Применение данной технологии обеспечивает избирательный лизис злокачественной опухоли с последующим формированием очагового фиброза. 4. Реализация терапевтического эффекта наблюдается, как правило, спустя 3 и более месяцев после окончания биоэлектротерапии. 5. Сохранение терапевтического эффекта, достигнутого непосредственно после его реализации, отмечается и в значительно более поздние сроки (1 год и более).