

<https://doi.org/10.29296/25877305-2021-11-16>

Использование качественных природных БАДов в качестве сопроводительной терапии при радикальном лучевом лечении и химиотерапии онкоурологических пациентов

Д.И. Ганов, кандидат медицинских наук
Алтайский филиал Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н.Блохина Минздрава России, Барнаул
E-mail: ganov2@rambler.ru

В исследовании приняли участие 60 пациентов с диагностированной локализованной, местно-распространенной или метастатической опухолью. Пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, полу, стадии заболевания, характеру проводимой терапии: 1-я (n=30; основная группа) – пациенты в дополнение к базовой терапии получали БиоЧагу и БиоДигидрохверцетин; 2-я (n=30; группа сравнения) – пациенты получали только стандартную терапию. Показано, что у пациентов с доказанным раком предстательной железы, получающих дистанционную лучевую терапию по радикальной программе, и пациентов с раком мочевого пузыря и полового члена дополнительный прием БиоДигидрохверцетина и БиоЧаги снижает частоту тяжелых осложнений, улучшает качество жизни и переносимость специального лечения.

Ключевые слова: онкология, лучевая терапия, дистанционная лучевая терапия, химиотерапия, сопроводительная терапия, осложнения, рак предстательной железы, рак мочевого пузыря, рак полового члена, БиоДигидрохверцетин, БиоЧага, качество жизни, побочные действия, дигидрохверцетин, чага, простатический специфический антиген, постлучевой цистит.

Для цитирования: Ганов Д.И. Использование качественных природных БАДов в качестве сопроводительной терапии при радикальном лучевом лечении и химиотерапии онкоурологических пациентов. Врач. 2021; 32 (11): 76–79. <https://doi.org/10.29296/25877305-2021-11-16>

Рак предстательной железы (РПЖ) – часто встречающееся у мужчин злокачественное новообразование. В структуре онкологической заболеваемости в ряде стран РПЖ занимает 2–3-е место. Доля РПЖ в структуре заболеваемости мужского населения России неуклонно растет (в 1989 г. – 2,8%, в 2000 г. – 5,4%), в период 1999–2009 гг. прирост заболевших РПЖ составил 144,8% [1, 2]. Среди причин смерти РПЖ занимает в России 4-е место, в США – 2-е [2]. В Европе уровень смертности от РПЖ достигает 23,2 на 100 000 мужчин [3]. Во всем мире заболеваемость и смертность от данной патологии неуклонно возрастают. Возраст является наиболее важным эпидемиологическим фактором: у 70% мужчин старше 80 лет выявляются различные формы РПЖ [4–6]. Риск развития РПЖ увеличивается в 2–3 раза при наличии у мужчины ближайших родствен-

ников с диагностированным РПЖ в относительно молодом возрасте [4]. В последние годы в связи с внедрением диагностики простатического специфического антигена (ПСА) и скрининга РПЖ в ряде клиник, средний возраст пациентов с впервые выявленным РПЖ существенно снизился, при этом средний возраст смерти больных от данного заболевания на протяжении многих лет существенно не меняется. Несмотря на то, что РПЖ чаще встречается в возрасте старше 70 лет, в последние годы наблюдается тенденция к возрастанию доли более молодых мужчин по отношению ко всему массиву больных РПЖ. Сведения о частоте РПЖ у более молодых мужчин противоречивы и колеблются от 3,4 до 8,2% [5]. Внедрение в клиническую практику современных методов диагностики РПЖ увеличивает вероятность того, что заболевание будет выявлено на ранних стадиях, когда еще возможно использовать радикальные методы лечения. В настоящее время программы скрининга, направленные на раннее выявление опухолевых и предопухолевых заболеваний, рассматриваются как основные составляющие онкологической профилактики.

Методы лечения РПЖ являются сложными для пациента, в некоторых случаях терапию необходимо проводить в течение всей жизни. Радикальным методом лечения РПЖ является дистанционная лучевая терапия (ДЛТ) или оперативное лечение. Сложность проведения ДЛТ пациентам с РПЖ связана с развитием осложнений, которые могут приводить к невозможности получения пациентом высокой дозы лучевой терапии (ЛТ).

Рак мочевого пузыря (РМП) — менее распространенное, но также проблематичное в лечении заболевание. Частое рецидивирование РМП после оперативного лечения заставляет применять большое количество циклов химиотерапии (ХТ), которая сопряжена с развитием множества осложнений, делающих невозможным для пациентов получение ХТ в полном объеме. Таким образом, при современном лечении пациентов с РПЖ методом ДЛТ и при проведении ХТ пациентам с РМП необходимы препараты прикрытия для предотвращения возможных осложнений.

БиоЧага — активный экстракт, произведенный по уникальной технологии. Особенности технологии позволяют получить уникальную форму активного вещества, что и определяет его растворимость, биодоступность и основные отличительные свойства. БиоЧага — экстракт высокой концентрации с максимальным сохранением всех полезных веществ березового гриба. БиоЧага не требует специального приготовления, что облегчает ее использование; экстракт растворяется быстро и без остатка в воде комнатной температуры, что обеспечивает его удобный прием, тем самым повышается комплаенс к сопроводительной терапии. Проведенные исследования химического состава БиоЧаги характеризуют его как продукт с высоким содержанием доступного меланина, микроэлементов, а также ценных полисахаридов. БиоЧага обладает выраженной антирадикальной активностью против целого ряда органических и неорганических свободных радикалов. Кроме того, данный экстракт обладает высокой железо-восстановительной способностью (близкой по активности к аскорбиновой кислоте и ионулу) и выраженной противовоспалительной активностью, что важно при коррекции осложнений ЛТ. Исследования биологической активности экстракта показывают, что БиоЧага действует многофункционально, защищая организм от последствий целого спектра внутренних и внешних негативных воздействий.

Биодигидрокверцетин — мощный природный антиоксидант, полученный из древесины лиственницы сибирской и даурской; по химическому составу он относится к природным

флавоноидам. Биодигидрокверцетин отличается максимальной степенью чистоты 99,9% и уникальной суперлегкой порошковой формой, которая обеспечивает высокую эффективность и биодоступность препарата. Данная форма позволяет сохранить максимальную антиоксидантную активность (Oxygen radical adsorbance capacity — ORAC=27578±717 мкМТЕ/г). Способ приема (сублингвальный) обеспечивает быстроту действия и прямое попадание продукта в кровеносное русло. Биодигидрокверцетин на 100% состоит из активного действующего вещества, не содержит синтетических примесей и балластных веществ. Биодигидрокверцетин обладает высокой противовоспалительной и мембраностабилизирующей активностью, что важно в качестве коррекции патогенетических факторов осложнений ЛТ и ХТ. Кроме того, он является гепатопротектором и иммуномодулятором, что важно при вспомогательной терапии онкологических пациентов.

Цель исследования — изучить эффективность и безопасность приема Биодигидрокверцетина и БиоЧаги в качестве вспомогательной терапии у пациентов с РПЖ, получающих ДЛТ по радикальной программе, и пациентов с РМП, получающих ХТ, а также влияние данных препаратов на качество жизни (КЖ) онкологических пациентов и переносимость специального лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 60 пациентов в возрасте 48–78 лет с диагностированной локализованной, местнораспространенной или метастатической опухолью. Пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, полу, стадии заболевания, характеру проводимой терапии. В 1-ю (основную) группу включили 30 пациентов, которые в дополнение к основной терапии получали БиоЧагу и Биодигидрокверцетин; во 2-ю (сравнения) группу вошли 30 пациентов, получавшие только стандартную терапию. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Исследование состояло из 2 периодов: период скрининга и период исследования.

Период скрининга продолжался от начального визита до применения первой дозы исследуемых препаратов (1–14 дней); период исследования — с первого дня применения препаратов до визита по окончании исследования (60 дней). Исследование проводилось амбулаторно. После того, как пациент дал согласие на участие в исследовании, проводился врачевный осмотр. Врач-исследователь проводил опрос о ранее перенесенных заболеваниях, случаях аллергических реакций, медикаментах, применявшихся в последнее время, жалобах на момент обследования и истории развития заболевания. Всем пациентам проведены клинический и биохимический анализы крови, у пациентов с РПЖ определялся уровень ПСА. Повторное обследование проводилось через 60 дней от начала лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В 1-ю (основную) группу вошли 30 пациентов мужского пола: 25 — с РПЖ, получавшие ДЛТ по радикальной программе, 4 — с РМП, получавшие полихимиотерапию (ПХТ) внутривенную, 1 — с раком полового члена, получавший ПХТ внутривенную. Средний возраст пациентов — 64 года. У всех пациентов с РПЖ гистологически верифицирована аденокарцинома: у 12 (48%) пациентов — умеренно дифференцированная, у 7 (28%) — низкодифференцированная, у 6 (24%) — высокодифференцированная. У всех пациентов с РМП гистологически верифицирован переходноклеточный рак:

у 2 пациентов – умеренно дифференцированный, у 2 – низкодифференцированный. У пациента с раком полового члена гистологически подтвержден плоскоклеточный рак. Все пациенты основной группы на фоне специального лечения (ДЛТ, ПХТ) получали по 70 мг Биодигидрокверцетина 4 раза в день под язык (максимальная суточная доза составила 280 мг/сут.), а также свежеприготовленный раствор БиоЧаги (1 чайная ложка 200 мг разводилась в 100–200 мл воды) 4 раза

в день (800 мг/сут). Длительность исследования составила 60 дней (2 мес). Все пациенты основной группы удовлетворительно перенесли специальное лечение. Перед началом лечения пациентам проведены гематологические и биохимические анализы крови, осмотр, ЭКГ. У пациентов с РПЖ также был взят анализ крови на онкомаркер ПСА.

Промежуточный осмотр проводился через 30 дней на фоне лечения. Опрос обследуемых пациентов 1-й группы показал их удовлетворительное состояние через 1 мес приема препаратов; перерывов в лечении в связи с осложнениями у пациентов не наблюдалось. По результатам осмотра и проведенных гематологических и биохимических анализов у пациентов основной группы через 2 мес терапии не выявлены снижения лейкоцитов крови и гемоглобина на фоне проводимого противоопухолевого лечения. В основной группе у всех пациентов с РПЖ снизился уровень ПСА: средний уровень ПСА до лечения – 19 нг/мл, после лечения – 7 нг/мл. Выявлена положительная динамика в гематологических и биохимических анализах крови (табл. 1). Средний уровень гемоглобина составил до лечения 127 г/л, после лечения – 135 г/л. Субъективно выявлены улучшение сна и нормализация психологического состояния (табл. 2). После проведения специального лечения па-

Таблица 1
Динамика лабораторных показателей у пациентов основной группы и группы сравнения

Table 1
Time course of laboratory changes in patients of the study and comparison groups

Показатель	Группа сравнения		p	Основная группа		p
	первичный осмотр	через 2 мес		первичный осмотр	после 2 мес	
Гемоглобин, г/л	134,1±3,7	124,2±3,3	≤0,05	127,1±2,5	135,2±3,5	≤0,05
Лейкоциты, г/л	4,9±0,5	3,7±0,5	≤0,05	3,9±0,7	5,3±2,4	≤0,05
СОЭ, мм/ч	35,3±5,6	27,0±3,7	≤0,05	33,5±4,8	18,2±3,2	≤0,05
Общий билирубин, ммоль/л	19,6±2,3	18,0±2,1	≤0,05	22,9±2,7	19,7±1,1	≤0,05
Холестерин, ммоль/л	5,9±1,2	5,9±1,6	≤0,05	6,4±1,8	4,8±0,8	≤0,05
Активность АЛТ, ммоль/л	34,5±3,9	37,8±2,8	≤0,05	41,7±2,9	33,1±0,7	≤0,05
Активность АСТ, ммоль/л	35,7±2,7	27,9±1,6	≤0,05	39,4±3,4	31,0±0,9	≤0,05
Сахар крови, ммоль/л	5,7±1,3	5,8±0,9	≤0,05	6,4±0,6	5,6±0,5	≤0,05

Примечание. СОЭ – скорость оседания эритроцитов; АЛТ – аланинаминотрансфераза; АСТ – аспартатаминотрансфераза.

Таблица 2
Динамика субъективных и объективных клинических проявлений у пациентов основной группы и группы сравнения; n

Table 2
Time course of changes in subjective and objective clinical manifestations in patients of the study and comparison groups; n

Проявления	Группа сравнения						Основная группа					
	Первичный осмотр			Через 2 мес			Первичный осмотр			Через 2 мес		
	отсутствуют	умеренные	выраженные	отсутствуют	умеренные	выраженные	отсутствуют	умеренные	выраженные	отсутствуют	умеренные	выраженные
Утомляемость	17	11	2	10	16	4	19	9	2	23	7	0
Нервная возбудимость	10	11	9	7	14	11	9	14	7	10	19	1
Снижение настроения		23			17			22			9	
Сниженный жизненный тонус		15			14			17		Частичное повышение – 8 полное восстановление – 22		
Нарушение сна		17			14			19			6	
Бессонница		6			4			8			0	
Тахикардия (ЧСС ≥90 в минуту)		7			17			8			3	
Пирогенная реакция		нет			нет			3			нет	
Проявления обострения гастрита		5			5			8			нет	
Тошнота, рвота		3			8			4			нет	
Снижение аппетита		11			13			14			3	
Лучевой дерматит		нет			11			нет			нет	

Примечание. ЧСС – частота сердечных сокращений.

циентам не требовалась длительная реабилитация. Таким образом, у пациентов с РПЖ, получавших ДЛТ на фоне приема препаратов БиоДигидрохверцетин и БиоЧага 4 раза в день, не отмечено тяжелых лучевых осложнений (ранние тяжелые постлучевые циститы и ректиты) и отсутствовала необходимость в реабилитационных мероприятиях после окончания ДЛТ; пациентам основной группы не требовалось стационарное лечение. У пациентов основной группы с РМП и раком полового члена после ПХТ не выявлялось статистически значимого уменьшения основных показателей крови.

В группу сравнения вошли 30 пациентов мужского пола: 26 – с РПЖ, получавшие ДЛТ по радикальной программе, 4 – с РМП, получавшие внутривенную ПХТ. Средний возраст пациентов – 65 лет. У всех пациентов с РПЖ гистологически верифицирована аденокарцинома: у 16 пациентов умеренно дифференцированная, у 6 – низкодифференцированная, у 4 – высокодифференцированная. У всех пациентов с РМП гистологически верифицирован переходноклеточный рак: у 2 – умеренно дифференцированный, у 2 – низко дифференцированный. Полностью завершили курс ДЛТ по радикальной программе 20 пациентов с РПЖ, из них у 5 пациентов перерыв между курсами был увеличен в связи с выраженными проявлениями раннего постлучевого цистита. Среди пациентов, не завершивших курс ДЛТ, у 2 пациентов он прекращен в связи с прямокишечным эрозивным кровотечением, у 2 – выраженные явления раннего постлучевого цистита потребовали госпитализации в урологический стационар, у 2 – выраженные явления раннего постлучевого ректита потребовали госпитализации в отделение проктологии. Пациенты с РМП перенесли курсы ХТ без дополнительных перерывов. В группе сравнения у всех пациентов с РПЖ выявлено снижение уровня ПСА: средний уровень ПСА до лечения – 18 нг/мл, после лечения – 11 нг/мл. Выявлена отрицательная динамика в гематологических и биохимических анализах крови (см. табл. 1). Средний уровень гемоглобина составил до лечения 134 г/л, после лечения – 124 г/л. Также у пациентов группы сравнения выявлена отрицательная динамика субъективных и объективных клинических проявлений (см. табл. 2).

Через 2 мес терапии среди пациентам обеих групп (n=60) проведено анкетирование по оценке КЖ. Ответы оценивали по пятибалльной системе: 1 балл – очень не удовлетворен; 2 балла – не удовлетворен; 3 балла – ни то, ни другое; 4 балла – удовлетворен; 5 баллов – очень удовлетворен.

В основной группе (прием БиоДигидрохверцетина и БиоЧага в качестве сопроводительной терапии) результаты анкетирования показали субъективное улучшение КЖ пациентов: сумма баллов до лечения – 87, после лечения – 113. В группе сравнения (стандартная терапия) результаты анкетирования показали незначительное снижение КЖ: сумма баллов до лечения – 90, после лечения – 85.

Таким образом, в основной группе, в отличие от группы сравнения, не наблюдались осложнения противоопухолевого лечения, что показывает положительный эффект приема препаратов БиоЧага и БиоДигидрохверцетин в качестве сопроводительной терапии. Данные препараты обладают выраженной антирадикальной активностью против целого ряда органических и неорганических свободных радикалов, а также уникальной противовоспалительной активностью. БиоЧага действует многофункционально, в том числе как радиопротектор и детоксикант, защищая организм от последствий целого спектра внутренних и внешних негативных воздействий. БиоДигидрохверцетин помимо мощного антиоксидантного эффекта подтвердил свое действие как капил-

лярпротектор и иммуномодулятор. Нежелательных явлений при приеме данных препаратов в нашем исследовании не наблюдалось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для пациентов с верифицированным РПЖ, получающих ДЛТ по радикальной программе, и пациентов с РМП и раком полового члена, получающих ПХТ, дополнительный прием БиоДигидрохверцетина и БиоЧаги снижает риск возникновения тяжелых осложнений; прием данных препаратов улучшает КЖ пациентов и переносимость специального лечения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература/Reference

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 г. М.: Издательская группа РОНЦ, 2014; 226 с. [Davydov M.I., Akseľ E.M. Statistika zlokachestvennykh novoobrazovaniĭ v Rossii i stranakh SNG v 2012 g. M.: Izdatel'skaya gruppa RONTs, 2014; 226 p. (in Russ.).]
2. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2014 году. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2015 [Kaprĭn A.D., Starĭnskiĭ V.V., Petrova G.V. Sostoyanie onkologicheskoi pomoshchi naseleniyu Rossii v 2014 godu. M.: FGBU «MNI OI im. P.A. Gertsena» Minzdrava Rossii, 2015 (in Russ.).]
3. Чиссов В.И., Алексеев Б.Я., Русаков И.Г. Онкоурология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012 [Chissov V.I., Alekseev B.Ya., Rusakov I.G. Onkourologiya. Natsional'noe rukovodstvo. M.: GEOTAR-Media, 2012 (in Russ.).]
4. Аксель Е.М. Эпидемиология рака предстательной железы. М., 2015 [Akseľ E.M. Epidemiologiya raka predstatel'noi zhelezy. M., 2015 (in Russ.).]
5. Матвеев Б.П. Клиническая онкоурология. М., 2011; 937 с. [Matveev B.P. Klinicheskaya onkourologiya. M., 2011; 937 s. (in Russ.).]
6. Печерский А.В., Семиглазов В.Ф., Комьяков Б.К. и др. Изменение экспрессии рецепторов стероидных гормонов при развитии частичного возрастного андрогенного дефицита (PADAM). *Цитология*. 2005; 47 (4): 311–7 [Pecherskiy A.V., Semiglazov V.F., Komyakov B.K. et al. Changes in the expression of receptors of steroid hormones in the development of partial androgen deficiency of aging men (PADAM). *Tsitologiya*. 2005; 47 (4): 311–7 (in Russ.).]

USE OF HIGH-QUALITY NATURAL DIETARY SUPPLEMENTS AS ACCOMPANYING THERAPY IN PATIENTS DURING RADICAL RADIOTHERAPY AND CHEMOTHERAPY FOR UROLOGICAL CANCER

D. Ganov, Candidate of Medical Sciences

Altai Branch, N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Ministry of Health of Russia, Barnaul

The investigation enrolled 60 patients with a diagnosed localized, locally advanced or metastatic tumor. The patients were divided into 2 groups matched by age, sex, disease stage, and nature of therapy: 1) 30 patients received BioChaga (Inonotus Obliquus) and BioDihydroquercetin in addition to basic therapy (a study group); 2) 30 patients had standard therapy only (a comparison group). Additional intake of BioDihydroquercetin and BioChaga was shown to reduce the incidence of severe complications, to improve the quality of life and the tolerance of special treatment in patients with proven prostate cancer who received external beam radiation therapy according to the radical program and in those with bladder and penile cancer.

Key words: oncology, radiation therapy, teleradiotherapy, chemotherapy, accompanying therapy, complications, prostate cancer, bladder cancer, penile cancer, BioDihydroquercetin, BioChaga, Inonotus Obliquus, quality of life, side effects, dihydroquercetin, chaga, prostate specific antigen, post-radiation cystitis.

For citation: Ganov D. Use of high-quality natural dietary supplements as accompanying therapy in patients during radical radiotherapy and chemotherapy for urological cancer. *Vrach*. 2021; 32 (11): 76–79. <https://doi.org/10.29296/25877305-2021-11-16>