

широко применяемых в урологических стационарах. Для проведения адекватной эмпирической антибактериальной терапии инфекционно-вос-

палительных заболеваний мочевых путей необходим постоянный бактериальный мониторинг в урологических стационарах.

ЛАЗЕРНАЯ АБЛЯЦИЯ ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН

© М.Н. Слесаревская, С.Х. Аль-Шукри, А.В. Соколов, И.В. Кузьмин

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

Введение. В последние годы отмечается тенденция к увеличению числа женщин с парауретральными кистозными образованиями, что может быть связано с ростом количества больных после перенесенных инфекций, передающихся половым путем, а также с недостатками диагностики данной патологии. Симптоматика кистозных заболеваний уретры у женщин неспецифична и зачастую напоминает другие урологические заболевания, в том числе и цистит. Консервативные методы лечения, а также различные оперативные вмешательства, такие как марсупиализация, частичное удаление кисты, трансвагинальное рассечение кисты, являются неэффективными.

Цель исследования — повышение эффективности лечения женщин с кистозными парауретральными образованиями.

Пациенты и методы исследования. В клинике урологии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова проведено обследование и лечение 57 женщин с диагнозом «парауретральная киста» (средний возраст — $31,9 \pm 1,3$ года). Продолжительность заболевания в среднем составила $9,1 \pm 1,1$ месяца. Обязательными методами диагностики для данной категории больных являлись уретроцистоскопия, трансвагинальное УЗИ, при подозрении на наличие сообщения кистозного образования с уретрой — микционная цистоуретрография. Дифференциальную диагностику парауретральных кист проводили с такими заболеваниями, как кисты влагалища, дивертикулы уретры, цисто- и уретроцеле, опухоли уретры. Все больные получали хирургическое лечение — выполняли лазерную абляцию парауретральных кист с помощью диодного лазера с длиной волны 0,98 мкм. Все операции выполняли под местной инфильтрационной или внутривенной анестезией. Техника операции была следующей: кисту вскрывали со стороны влагалища контактным введением световода, содержимое кисты выпускали, провисающие стенки отсекали (мощность 6–8 Вт, режим излучения непрерывный). Затем выполняли лазерную абляцию внутренней

капсулы с меньшей мощностью излучения (3 Вт). При локализации кистозных парауретральных образований в средней и проксимальной третях уретры выделение данных образований проводили на уретральном катетере. При площади лазерной абляции более 4 см² ложе удаленной кисты ушивали непрерывным или узловыми швами медленно рассасывающейся нитью. Слизистую влагалища ушивали узловыми швами по Донати. Мочевой пузырь дренировали катетером Фолея на 24–48 часов только у женщин с локализацией кистозных образований в средней и проксимальной третях уретры ($n = 14$).

Результаты. Основными жалобами, предъявляемыми больными, были дизурия — 82,5 %, наличие пальпируемого парауретрального образования — 71,9 %, учащенное мочеиспускание — 36,8 %, тазовые боли — 28,1 %, диспареуния — 19,3 %, выделения из уретры — 15,8 %, острая задержка мочеиспускания — 7 %. Проведение гинекологического осмотра позволяет определить размеры и локализацию данных образований. Парауретральные кисты располагались в дистальной трети уретры — у 43 (75,4 %), в средней трети — у 9 (15,8 %) и проксимальной трети — у 5 (8,8 %) женщин. В ходе оперативного вмешательства ни в одном случае не было повреждений уретры. Послеоперационный период протекал легко, без серьезных осложнений. После удаления катетера Фолея у всех 14 больных восстановлено произвольное мочеиспускание. Длительность госпитализации в среднем составила $1,7 \pm 1,5$ дня. Следует отметить, что раны после лазерной абляции парауретральных кист заживают достаточно медленно — до 4–6 недель. При этом происходит полное отторжение капсулы железы со всем содержимым, «слипание» окружающих тканей, что обеспечивает отсутствие рецидивов. Через 3 месяца после операции дискомфорт в уретре и дизурия отсутствовали у 56 (98,2 %) женщин. Через 12 месяцев после операции ни в одном случае не был выявлен рецидив заболевания.

Заключение. Лечение парауретральных кист должно быть хирургическим и максимально радикальным. Оперативное лечение по поводу данных образований должно выполняться в «холодный» период, то есть при минимальных клинических про-

явлениях заболевания. Операцией выбора является лазерная абляция парауретральных образований. Соблюдение техники операции и адекватное ведение послеоперационного периода позволяет предотвратить развитие послеоперационных осложнений.

КОМБИНАЦИЯ ВЫСОКОМОЩНОСТНОЙ БРАХИТЕРАПИИ И ДИСТАНЦИОННОЙ РАДИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА С ПОРАЖЕНИЕМ СЕМЕННЫХ ПУЗЫРЬКОВ

© *В.А. Солодкий, А.Ю. Павлов, А.Д. Цыбульский, А.Г. Дзидзария, И.Б. Кравцов*

ФГБУ «Российский научный центр рентгенодиагностики» Минздрава РФ (Москва)

Введение. В основе выбора брахитерапии в качестве радикального метода лечения пациентов с локализованными и местнораспространенными формами РПЖ лежат представления о наличии существенных различий в прогнозе у больных в зависимости от распространенности и биологических особенностей опухолевого процесса после лучевой терапии. Высокомощностная брахитерапия, как метод достижения локального контроля у больных раком предстательной железы группы высокого риска, имеет высокий уровень эффективности, зачастую превосходящий хирургические методы лечения. Среди современных радиотерапевтических методов брахитерапию расценивают как эффективный и более безопасный метод доставки необходимой дозы облучения по сравнению с 3D-конформной лучевой терапией.

Материалы и методы. В исследование вошли 39 больных РПЖ с инвазией опухоли в семенные пузырьки, относящиеся к группе крайне высокого риска прогрессирования без признаков отдаленного метастазирования, прошедшие лечение в ФГБУ РНЦРР с января 2009 по декабрь 2013 г. До радикального лечения все пациенты проходили курс андроген-депривационной терапии антиандрогенами и аналогами ЛГРГ в течение не менее 3 месяцев (в среднем 3,7 месяца). Все вмешательства выполняли под спинномозговой анестезией на аппарате Microselectron HDR с использованием трансректального ультразвукового датчика 4–9 МГц. Брахитерапию проводили в виде 1 фракций в разовой очаговой дозе (РОД) 10–15 Гр. При этом значение линейно-квадратичной эквивалентной дозы ($LQED_2$) при 2 Гр за фракцию составило 32,9 Гр (при РОД 10 Гр) и 70 Гр (при РОД 15 Гр) ($\alpha/\beta = 1,5$). Процент

предписанной дозы на орган-мишень (V100) составлял не менее 90 % (в среднем 96,8 %). Процент объема органа-мишени, на который приходится 150 % предписанной дозы (V150), составлял менее 33 % (в среднем 22,9 %). Критическая доза на уретру и прямую кишку составила 110 и 70 % от предписанной дозы соответственно.

На втором этапе лучевой терапии через 2 недели после брахитерапии пациентам проводили дистанционную радиотерапию СОД 44–46 Гр в регламенте стандартного фракционирования на зону предстательной железы и регионарного лимфатического оттока. После лучевого этапа лечения продолжали андроген-депривационную терапию аналогами ЛГРГ в течение 3–6 месяцев. Пациенты наблюдались с периодичностью 1 раз в 3 месяца в течение первого года, далее проходили контрольное обследование с интервалами от 3 до 6 месяцев. Медиана наблюдения за пациентами составляла в среднем 42 месяца (диапазон — 19–74 месяца).

Результаты. Безрецидивная ПСА-специфическая выживаемость составила 87 % при медиане наблюдения 42 месяца. Только в 2 случаях (5,2 %) мы получили местный рецидив опухоли. Анализ эректильной функции (ЭФ) показал, что из 20 пациентов, которые были заинтересованы в сохранении половой жизни после комплексного лечения, у 11 (55 %) отмечено сохранение ЭФ. Поздних лучевых токсических реакций III и IV степеней со стороны мочевой системы и прямой кишки зафиксировано не было.

Вывод. Брахитерапия высокой мощной дозы Ir-192 является эффективным методом эскалации дозы при проведении радиотерапии. Количество ранних и поздних лучевых токсических реакций минимально, а сохранение ЭФ отмечено более