

продемонстрировал высокую распространенность эректильной дисфункции у мужчин СЗ РФ, а также ее тесную связь с возрастом, наличием ИБС и компонентов метаболического синдрома. Большая распространенность этих

патологических состояний, равно как и факторов риска их развития, обосновывает применение комплексного междисциплинарного подхода к профилактике, диагностике и лечению.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАНОСТИКА: НОВЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПОВЕРХНОСТНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

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

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

Введение. Чувствительность стандартных методов диагностики поверхностного рака мочевого пузыря (ПРМП), цистоскопии и цитологического исследования мочи, остается недостаточной. ПРМП рецидивирует у 70 % больных в течение 5 лет после проведенной трансуретральной резекции. В связи с этим весьма актуальна разработка новых эффективных диагностических и терапевтических стратегий, направленных на обеспечение ранней диагностики и адекватного лечения ПРМП. В настоящее время в клинике урологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова активно развивается новый подход к данному заболеванию, заключающийся в комплексном решении указанных задач с помощью фотодинамических методов, получивший название фотодинамическая тераностика. В основе метода лежит одновременное выполнение фотодинамической диагностики (ФДД) и фотодинамической терапии (ФДТ).

Цель исследования. Изучить эффективность применения интраоперационной ФДД и ФДТ в одной процедуре у больных с ПРМП.

Материалы и методы. Основную группу составили 107 пациентов (возраст $65,1 \pm 7,3$ года) с ПРМП (Tа–T1), которым выполняли трансуретральную резекцию (ТУР) стенки мочевого пузыря с интраоперационной ФДД и ФДТ. Группу сравнения составили 83 больных (возраст $64,9 \pm 7,2$ года), которым выполняли только ТУР стенки мочевого пузыря. Всем больным основной группы при выполнении ФДД и ФДТ использовали фотосенсибилизатор

фотодитазин. За 1,5 часа до оперативного вмешательства для проведения ФДД фотодитазин вводили внутривезикулярно в дозе 5 мг в 20 мл физиологического раствора, а для проведения ФДТ — в эти же сроки внутривенно капельно из расчета 0,8 мг на кг массы тела. Затем выполняли цистоскопию в белом и синем свете, ТУР стенки мочевого пузыря и ФДТ. При выполнении последней под визуальным контролем проводили локальное воздействие лазером с длиной волны 662 нм на зону резекции и окружающие ткани.

Результаты. Использование ФДД позволило выявить основную опухоль мочевого пузыря у всех 107 больных. При этом у 68 (63,4 %) больных выявлено 116 участков слизистой, флуоресцирующих в синем свете и неизмененных в белом свете. Все флуоресцирующие участки были подвергнуты ТУР. При гистологическом исследовании в 56 (48,2 %) случаях морфологически подтвержден переходноклеточный рак, в 21 (18,1 %) — дисплазия, в 24 (20,7 %) — реактивная атипия и в 56 (48,3 %) — воспалительные изменения уротелия. При проведении ФДТ доза световой энергии находилась в диапазоне от 300 до 600 Дж/см², а мощность излучения — 1,5 Вт. Проявлений местных и системных осложнений ФДТ не было отмечено ни у одного пациента. За 24-месячный период наблюдения после оперативного вмешательства рецидив РМП выявлен у 12 (11,2 %) больных основной группы, а в группе сравнения — у 29 (34,9 %) пациентов.

Выводы. Интраоперационная ФДД и ФДТ с использованием фотодитазина позволяет улучшить отдаленные результаты ТУР у больных с поверхностным РМП. У 88,8 % пролечен-

ных по данной методике пациентов отсутствовали рецидивы РМП в течение двухлетнего периода наблюдения.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ГИДРОДИСТЕНЗИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ НА ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА БОЛЕЗНЕННОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН

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

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

Введение. Диагностика и особенно лечение синдрома болезненного мочевого пузыря/интерстициального цистита (СБМП/ИЦ) остаются актуальными проблемами современной урологии. Цистоскопию с гидродистензией мочевого пузыря рассматривают как одни из основных методов диагностики заболевания, при этом гидродистензию используют одновременно в качестве лечебной процедуры. На сегодняшний день отсутствует единый стандартный протокол выполнения гидродистензии мочевого пузыря, следствием чего является существенное различие предлагаемых разными авторами методик выполнения процедуры и трудности в сравнении ее эффективности в разных исследованиях.

Цель исследования — оценить эффективность гидродистензии мочевого пузыря у больных с СБМП/ИЦ в зависимости от длительности процедуры.

Материалы и методы. Под наблюдением в клинике урологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова находились 62 женщины с СБМП/ИЦ. Средний возраст наблюдаемых нами больных составил $53,2 \pm 6,4$ года и варьировал в диапазоне от 32 до 67 лет. Продолжительность заболевания находилась в диапазоне от 3 до 9 лет и в среднем составила $3,7 \pm 1,8$ года. Всем больным проведено физикальное обследование, выполнены общестандартные лабораторные и инструментальные тесты. Оценку интенсивности симптоматики проводили на основании результатов анализа анкеты PUF, визуальной аналоговой

шкалы боли (VAS) и данных дневников мочеиспускания, которые пациенты заполняли в течение 3 суток. Всем больным под внутривенной анестезией выполняли гидродистензию мочевого пузыря по следующей методике. Мочевой пузырь заполняли физиологическим раствором, сосуд с которым располагали на расстоянии 80 см выше лона таким образом, чтобы жидкость вытекала под воздействием силы тяжести (пассивное наполнение). Жидкость вливалась в пузырь самотеком до тех пор, пока давление внутри него не становилось равным давлению столба жидкости. Мочевой пузырь находился в растянутом состоянии в течение от 1 до 6 минут в условиях остановки притока к нему мочи. Затем мочевой пузырь опорожняли. После короткого перерыва данную процедуру повторяли еще раз. В зависимости от длительности гидродистензии мочевого пузыря все пациенты были разделены на 4 группы. Длительность процедуры у больных 1-й группы ($n = 16$) была 1 минута, 2-й группы ($n = 15$) — 2 минуты, 3-я группы ($n = 15$) — 4 минуты и 4-й группы ($n = 16$) — 6 минут. Пациенты 4 групп не различались между собой по возрасту, выраженности и длительности заболевания. Эффективность гидродистензии оценивали через 1 месяц после ее проведения.

Результаты. На основании оценки субъективных и объективных показателей клинического течения СБМП/ИЦ отмечено, что через 1 месяц после гидродистензии мочевого пузыря у 24 (38,7 %) из 62 пролеченных больных