XXI 23-25 сентября 2021

КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ ONLINE

Организаторы

Сеченовский Университет

При поддержке

СБОРНИК ТЕЗИСОВ



www.congress-rou.ru

НИЗКОИНТЕНСИВНАЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ. НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ

А.Г. Юсуфов, С.В. Котов, А.А. Клименко

ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, кафедра урологии и андрологии лечебного факультета

ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова

Введение. Болезнь Пейрони – это патологические изменения в белочной оболочке полового члена с формированием фиброзных бляшек, поражающее 0,5–20,3% мужского населения. Данное заболевание может привести к искривлению полового члена, болезненной эрекции и сексуальной дисфункции.

Материалы и метод. В период с сентября 2020 г. по апрель 2021 г. в университетской клинике урологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова проведено консервативное лечение 10 больных с болезнью Пейрони. Средний возраст составил 53,4±14,7 года (32–76). Средняя продолжительность заболевания 11,1±9,4 месяца (4–36). Диагноз устанавливали на основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра, ультразвуковой фармакодопплерографии полового члена. По результатам обследования общеклинические лабораторные тесты отклонений не выявили. У всех 10 пациентов диагностировано дорсальное искривление, в трех случаях имелся латеральный компонент. Средний угол искривления – 25 ±8,6 (15–30), площадь бляшки – 41,97 мм^2 (1,54–160 мм^2). Оценка эректильной функции, согласно анкете МИЭФ-5, диагностировала эректильную дисфункцию легкой степени у восьми пациентов. Протокол консервативного лечения включал: ингибиторы ФДЭ – 5 типа (таб. Тадалафил 5 мг 1 р/д 3 мес.), БАД «Пейрофлекс 410 мг» 1 к. 2 р/д 3 мес.), ударно-волновую терапию (ЭУВТ) (аппарат Dornier Aries) 1 сеанс в неделю – 5000 ударов, энергия импульса 0,084–0,150 мДж/мм^2. Оценка эффективности терапии проводилась на 0 и 40 дни исследования с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) во время эрекции, МИЭФ-5, угла искривления ПЧ, размера бляшек по данным УЗИ полового члена с фармакодопплерографией (ФДГ) с ПГЕ1.

Результаты. Уменьшение боли в половом члене зафиксировано у всех 10 пациентов (100%), ВАШ боли уменьшилась с 2,6±1,6 (1–5 баллов) до 0,4±0,5 (0–1). Также отмечено уменьшение угла искривления с 25 ±8,6 (15–30) до 21,6 ±10,4 (8,5–23,5); площадь фибротической бляшки с 41,97 мм^2 (1,54–160 мм^2) до 27,28 мм^2 (0–108 мм^2). У трех пациентов (30%) отмечен полный регресс заболевания на фоне консервативной терапии. У всех пациентов с сочетанием БП и ЭД отмечено улучшение эректильной функции. МИЭФ-5 увеличился с 18±2,9 (15–23) до 21,1±1,4 (19–23).

Заключение. Применение низкоинтенсивной ударно-волновой терапии в лечении болезни Пейрони в комбинации с медикаментозными препаратами показывает положительные результаты у пациентов с неосложненными формами болезни Пейрони, углом искривления до 30^o независимо от стадии течения заболевания.

ПРИМЕНЕНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТАМ С НЕИНВАЗИВНЫМ РАКОМ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Д.М. Ягудаев[1,2], З.А. Кадыров[2], Д.Д. Ягудаев[3], Г.М. Мушукия[2]

[1]ЧУЗ «ЦКБ «РЖД-Медицина»

[2]ФГАОУ ВО РУДН

[3]ФГБУ ГНЦ «ФМБЦ им. А.И. Бурназяна»

Введение. Рак полового члена (РПЧ) является одним из редких и агрессивных видов злокачественных новообразований. Ежегодно в мире регистрируется порядка 34,5 тыс. новых случаев РПЧ и 15,1 тыс. летальных исходов. При этом отмечается резкий рост заболеваемости РПЧ после 55 лет. При отсутствии специфического лечения пятилетняя смертность от данного заболевания составляет 97,4%. При адекватном лечении пятилетняя выживаемость составляет до 100% при I стадии и до 88% при II стадии. На данных этапах заболевания возможно применение органосохраняющих операций, позволяющих сохранить пациентам сексуальную функцию и естественное мочеиспускание.

Одним из наиболее перспективных методов лечения рака полового члена является фотодинамическая терапия (ФДТ) [1–3].

Ключевые слова: рак полового члена; РПЧ; фотодинамическая терапия; ФДТ; Фотодитазин.

Материалы и методы. Десяти пациентам с неинвазивным раком полового члена была проведена ФДТ с применением фотосенсибилизатора фотодитазина и диодного лазера «АТКУС-2». Всем пациентам за два часа до начала процедуры вводился фотосенсибилизатор «Фотодитазин» в дозировке 1 мг/кг массы тела. Во время манипуляции на очаг воздействовали при помощи лазерного излучения с длинной волны 662 нм и плотностью 200–400 мВт/см^2. Для избежания фотобличинга доставку лазерной энергии проводили фракционно с интервалом в 30 мин и суммарной дозой облучения 250 Дж/см^2.

Результаты. У восьми из 10 пациентов (80%) отмечалась полная деструкция опухоли, в то время как у 2 пациентов (20%) была достигнута частичная деструкция, потребовавшая впоследствии проведения повторного сеанса ФДТ через один месяц. Контрольное обследование проводилась на третий, шестой и 12-й месяцы с последующим контролем через каждые шесть месяцев. У одного пациента (10%), по данным проведен-