

Внутрипузырные инъекции ботулинического токсина типа А при лучевом цистите

И.И. Абдуллин, П.Л. Хазан, С.В. Козырев

ФГУ «НИИ урологии Росмедтехнологий», Москва

Одним из ведущих методов лечения злокачественных новообразований органов малого таза (рак тела и шейки матки, рак предстательной железы) является лучевая терапия, которую используют в режиме моно- или комбинированной терапии в сочетании с хирургическими, химиотерапевтическими, гормональными и другими методами.

Лучевые повреждения мочевыводящих путей при лечении онкологических заболеваний органов малого таза представляют большую проблему современной онкологии. Их частота достигает 17-18%, а по некоторым данным – до 22% [1]. Развитию лучевого цистита способствуют погрешности в планировании, недостаточная защита здоровых тканей во время лучевой терапии, а также высокая чувствительность органов мочевыделительной системы к излучению. Все это приводит к повреждению нижних мочевых путей, функциональным и морфологическим нарушениям.

Лечение лучевых повреждений представляет значительные трудности в связи с возникновением глубоких деструктивных изменений в стенке мочевого пузыря: склероза сосудов, атрофии нервных окончаний, значительного угнетения репаративных и регенеративных способностей тканей. Ситуацию усугубляет присоединение вторичной инфекции на фоне снижения общей сопротивляемости организма.

Методы консервативного лечения, которые являются доминирующими, недостаточно эффективны. Они направлены на повышение общей резистентности организма, уменьшение воспаления и улучшение трофики тканей мочевого пузыря.

Основные жалобы пациентов с лучевым циститом связаны с выраженными симптомами нарушения функции нижних мочевых путей (СНМП), которые развиваются вследствие гиперрефлексии мочевого пузыря и повышения его чувствительности на фоне значительного уменьшения емкости и склерозирующего процесса [2].

Известно, что препараты ботулинического токсина типа А (БТА) с успехом применяются для лечения функциональных расстройств мочеиспускания нейрогенного генеза, проявляющихся нарушением как эвакуаторной, так и резервуарной функции мочевого пузыря. Рядом исследований продемонстрирована эффективность БТА при коррекции СНМП, обусловленных нейрогенной и идиопатической гиперактивностью детрузора. Что касается лечения лучевого цистита внутрипузырными инъекциями БТА, то мы нашли в литературе лишь одно исследование Chuang Y.C. et al [3], в котором 4 пациентам по этим показаниям было выполнено внутрипузырное введение ботулинического токсина с хорошим эффектом.

Жалобы. В поликлинику НИИ урологии обратилась женщина 66 лет с симптомами нарушения функции нижних мочевых путей, прояв-

ляющими себя учащенным мочеиспусканием малыми порциями.

Анамнез. Симптомы нарушенного мочеиспускания появились 1,5 года назад, после перенесенной лучевой терапии по поводу рака шейки матки. Курс облучения был прерван из-за развившегося лучевого цистита. Консервативная терапия, включая прием различных М-холинолитиков, не принесла значимого облегчения.

При плановых осмотрах у онкогинеколога данных за прогрессирование основного заболевания нет.

Осмотр. Область почек и мочевого пузыря не изменена. При осмотре в гинекологическом кресле уретра не изменена, слизистая вульвы гипотрофична.

Инструментальные и лабораторные исследования. Дневник мочеиспускания: учащение микций по 30-50 мл со средним интервалом между ними в 45 минут. Среднее число мочеиспусканий – 28 в сутки. Клинический анализ мочи – в пределах нормы, посев мочи не выявил наличия патологических микроорганизмов. По данным УЗИ обе почки и мочевой пузырь без особенностей. Урофлоуметрия неинформативна из-за малого объема. Емкость мочевого пузыря при максимально сильном позыве – не более 100 мл.

Лечение. Учитывая рефрактерность симптомов к медикаментозной терапии и значительное ухудшение качества жизни, пациентке было предложено проведение химической денервации детрузора БТА ■

(Лантокс). В условиях дневного стационара под внутривенным наркозом внутривезикулярно диффузно в 20 точек стенки мочевого пузыря введено 200 ЕД БТА (Лантокс). Разведение: 10 ЕД на 1 мл физиологического раствора. Использовался манипуляционный цистоскоп с иглой для интравезикальных инъекций 5Ch. Дренирование мочевого пузыря уретральным катетером в течение суток.

Результаты. Через месяц пациентка была осмотрена повторно.

Отмечено выраженное симптоматическое улучшение, нормализация ночного сна и, соответственно, повышение качества жизни. Объективно: емкость мочевого пузыря увеличилась до 180 мл, средний интервал между мочеиспусканиями вырос до 135 минут, при средней порции мочи – 100 мл. Среднее число мочеиспусканий уменьшилось с 28 до 15 в сутки. Наблюдение за пациенткой продолжается.

Заключение. Настоящее наблюдение представляет редкий случай применения внутривезикулярных инъекций БТА (Лантокс) при лучевом цистите – тяжелом и трудно поддающемся лечению осложнении лучевой терапии. Первые результаты позволяют надеяться на улучшение реабилитации пациентов с лучевым циститом за счет коррекции симптомов нарушения функции нижних мочевых путей при рефрактерности к холинолитической терапии. ■

Ключевые слова: ботулинический токсин типа А, лучевой цистит, гиперактивность мочевого пузыря.

Интрапростатические инъекции ботулинического токсина типа А при ДГПЖ

И.И. Абдуллин, К.А. Степанов, М.Ю. Просянкин

ФГУ «НИИ урологии Росмедтехнологий», Москва

Несмотря на эффективность медикаментозной терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), в ряде случаев, ее симптоматический эффект оказывается недостаточным. В связи с этим поиск новых методов коррекции симптомов нарушения функции нижних мочевых путей (СНМП) при ДГПЖ остается актуальным. На наш взгляд «идеальная терапия» СНМП при ДГПЖ должна вызывать: атрофию (редукцию объема) предстательной железы, уменьшать симптомы и инфравезикальную обструкцию. Принимая во внимание механизм действия ботулинического токсина типа А (БТА) и патофизиологию нарушений мочеиспускания при ДГПЖ, имеются основания предположить, что интрапростатические

инъекции ботулотоксина окажутся эффективными.

В литературе нами найдено лишь 7 исследований [4-10], посвященных интрапростатическим инъекциям БТА при ДГПЖ. Причем только исследование Maria et al. [10] является двойным слепым плацебо-контролируемым. Число пациентов в большинстве исследований не превышало 30 человек. Оценивались объем предстательной железы, скорость мочеиспускания и число баллов по шкале IPSS до начала лечения и в различные периоды после процедуры.

Мы располагаем опытом 5-месячного наблюдения пациента после интрапростатического введения БТА (Лантокс) по поводу СНМП обусловленных ДГПЖ.

Жалобы. Пациент Х., 62 лет, обратился с жалобами на ноктурию до 3-х раз, учащенное мочеиспускание

(до 10 раз) днем, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря.

Анамнез. Считает себя больным более 10 лет. Получал терапию альфа-адреноблокаторами и растительными экстрактами с умеренным эффектом. Сопутствующие заболевания отрицает.

Осмотр. При осмотре и пальпации область почек и мочевого пузыря не изменена. Предстательная железа при осмотре *per rectum* увеличена в размерах, безболезненна, без уплотнений, срединная борозда сглажена.

Инструментальные и лабораторные исследования. Клинические анализы мочи, крови и биохимический анализ крови без отклонений. Пациент имел умеренную степень СНМП. В ходе исследования оценивались: симптомы по шкале IPSS; параметры мочеиспускания методом урофлоуметрии; объем простаты ультразвуковым методом;