

# ЛЕЙКОПЛАКИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ КАК ГЕНДЕР-АССОЦИИРОВАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

*Е. В. Ильинская<sup>1</sup>, А. А. Вершинина<sup>1</sup>, С. И. Исаченко<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>МБЛПУ «Городская клиническая больница № 1» (г. Новокузнецк)

<sup>2</sup>ГБУЗ КООТ «Новокузнецкое патологоанатомическое бюро» (г. Новокузнецк)

Лейкоплакией мочевого пузыря страдают в основном женщины. У них исследовался мазок из цервикального канала, у половых партнеров — эякулят на инфекции, передаваемые половым путем, использовался культуральный метод. Наиболее важным методом обследования в диагностике лейкоплакии является эндоскопический. Обязательным лечебным мероприятием является трансуретральная коагуляция измененной слизистой оболочки. Разработанный нами алгоритм лечения способствовал исчезновению клинических проявлений; отмечено восстановление нормального уротелия.

*Ключевые слова:* лейкоплакия слизистой мочевого пузыря, инфекции, передающиеся половым путем, коагуляция слизистой оболочки мочевого пузыря.

**Ильинская Елена Викторовна** — кандидат медицинских наук, врач-уролог отделения урологии № 2 МБЛПУ «Городская клиническая больница № 1», г. Новокузнецк, e-mail: [ilinskaya67@mail.ru](mailto:ilinskaya67@mail.ru)

**Вершинина Алена Александровна** — врач-уролог отделения урологии № 2 МБЛПУ «Городская клиническая больница № 1», г. Новокузнецк, e-mail: [alnavershinina@yandex.ru](mailto:alnavershinina@yandex.ru)

**Исаченко Сергей Иосифович** — кандидат медицинских наук патологоанатомическое отделение № 1 ГБУЗ КООТ «Новокузнецкое патологоанатомическое бюро», г. Новокузнецк, e-mail: [ilinskaya67@mail.ru](mailto:ilinskaya67@mail.ru)

---

Лейкоплакия мочевого пузыря — одно из немногих урологических заболеваний, которым страдают в большинстве своем женщины в разных возрастных категориях. Лечение этих пациенток до настоящего времени остается актуальной проблемой. Но по-прежнему нет четких диагностических и лечебных рекомендаций для этой группы больных. Практика показывает, что у урологов в разных регионах мнения полярные.

В немногочисленных статьях российских и зарубежных авторов лейкоплакию относят к предраковым заболеваниям или считают гормон-зависимым заболеванием [1]. Между

тем наиболее распространенной гистологической формой рака в мочевом пузыре является переходноклеточный, а не плоскоклеточный рак. Как отмечают О. Б. Лоран и Л. А. Синякова, не имеется ни одного достоверного случая перехода плоскоклеточной метаплазии уротелия в рак [2].

Симптоматика заболевания яркая и насыщенная, идентична проявлениям хронического цистита, но имеется длительный анамнез почти без светлых промежутков и незначительные лабораторные изменения в анализах мочи. Клиническая ремиссия у пациенток возникает после курсов антибактериальной терапии, но период успокоения недолгий.

*Введение.* При хроническом рецидивирующем цистите в слизистой оболочке мочевого пузыря развиваются изменения, характерные сначала для плоскоклеточной метаплазии, затем, как крайнее ее проявление, лейкоплакии, которые не вызывают выраженных воспалительных изменений в анализах мочи, но сопровождаются яркой клинической картиной.

У этой категории больных со временем развивается неустойчивое психоэмоциональное состояние. В надежде на излечение женщины посещают различных урологов и психотерапевтов. Изматывающие симптомы учащенного и болезненного мочеиспускания, повелительные позывы к опорожнению мочевого пузыря делают их несчастными. Главной фобией их жизни является процесс мочеиспускания, хотя этот естественный акт должен приносить только удовлетворение. Эмоциональные расстройства наблюдаются не только у женщин с длительным анамнезом заболевания, но и у женщин, недавно столкнувшихся с этой проблемой. Аналогично мужчинам с воспалением предстательной железы, пациентки с лейкоплакией мочевого пузыря становятся ипохондричными и раздражительными.

Во многих случаях при стойкой дизурии у женщин не придается большого значения инфекциям, передающимся половым путем, что снижает эффективность лечения, а также приводит к рецидивирующему течению болезни. Это объясняется реинфицированием от нелеченных половых партнеров.

*Материалы и методы.* За 5 лет в период с 2007 по 2013 год нами в стационарных и амбулаторных условиях пролечено 185 пациенток с клиническим диагнозом лейкоплакия мочевого пузыря. Всем проводилось рутинное урологическое обследование, 60-ти выполнено дополнительно культуральное исследование биоптата из слизистой оболочки мочевого пузыря на инфекции, передающиеся половым путем. Эти данные опубликованы ранее [3, 4]. Для оценки отдаленных результатов лечения 32 пациентки через 5 лет после лечения заполнили анкету-опросник.

За эти годы, следуя разработанному алгоритму, мы обследовали женщин на инфекции, передающиеся половым путем, вместе с их половыми партнерами. У женщин исследовался мазок из цервикального канала, у мужчин — эякулят. Для диагностики мы использовали культуральный метод, который позволял подбирать рациональную антимикробную терапию.

Диагностическая и лечебная цистоскопия выполнялась операционным цистоскопом с двумя катетеризационными каналами, пропускающими электрод для коагуляции. В случае типичной эндоскопической картины и отсутствии подозрений на другое заболевание мочевого пузыря в последние 3 года биопсия слизистой оболочки нами не выполнялась.

Обязательным лечебным мероприятием являлась трансуретральная коагуляция измененной слизистой оболочки. В небольшом проценте случаев мы прибегали к вапоризации участков с лейкоплакией. Толщина измененного эпителия не больше 1–2 мм, поэтому не требуется глубокой обработки тканей.

Проведено гистологическое исследование участков слизистой мочевого пузыря из мочепузырного треугольника у 45-ти мужчин при аутопсии. Забор материала осуществлялся в первые сутки после смерти. Возраст и соматическая патология не учитывались. Для световой микроскопии фрагменты ткани фиксировали в 10 % растворе нейтрального формалина. Затем образцы подвергали стандартной проводке с последующей заливкой в парафин. Из полученных парафиновых блоков готовили срезы толщиной 5–7 мкм. Полученные срезы окрашивали гематоксилином и эозином по Ван Гизону.

*Результаты.* Наиболее важным методом обследования в диагностике лейкоплакии является эндоскопический. Длительность анамнеза, частота рецидивов заболевания, количество возбудителей, на наш взгляд, влияет и на площадь поражения, и на окраску лейкоплакических бляшек. Для удобства при описании размеров очага мы используем дроби (1/2, 1/4 или весь мочепузырный треугольник). Термин «веррукозная» лейкоплакия относится к гистологическим, но при описании цистоскопической картины хорошо отражает толщину пораженного участка. Шероховатость в этом случае грубая, напоминает поверхность языка, окраска мутно-белая. Часто такая лейкоплакия встречается у пациенток с раком шейки матки или при микст-инфекциях.

Справедливости ради, не всегда лейкоплакия слизистой оболочки, диагностируемая при цистоскопии, вызывает клиническую симптоматику. Такие пациентки, например, направляются онкогинекологами или оперируются по поводу камней мочеточника. Это еще раз доказывает, что проблема лейкоплакии заслуживает дальнейшего изучения. Остается открытым вопрос о необходимости лечения таких пациенток.

Трансуретральная резекция слизистой оболочки (при лейкоплакии) *нецелесообразна* из-за своей травматичности и болезненности, мы не пользуемся этой методикой в лечении данных пациенток. Только в случаях с обширным поражением мочепузырного треугольника или так называемой веррукозной лейкоплакии при коагуляции слизистой мочевого пузыря использовался внутривенный наркоз, обычно процедура проводилась и проводится под седацией и уретральными анестетиками.

По нашим данным, 25 % женщин инфицированы трихомониазом. Амебовидная форма *Trichomonas vaginalis* является хронической формой, передается при половых контактах и не вызывает яркой клинической картины острого трихомонадного вагинита. Сложности диагностики (низкая чувствительность методов ИФА и ПЦР, отсутствие культурального метода в регионах) привели к исключению из схем лечения препаратов группы нитроимидазолов (метронидазол), применение антибактериальных препаратов фторхинолонового, тетрациклинового ряда, макролидов приводит к мутированию *Trichomonas vaginalis* и формированию резистентных форм. При воздействии неблагоприятных условий (переохлаждение, смена климата, прием алкоголя и острой пищи) *Trichomonas vaginalis* переходит в дикую форму, вызывая обострение цистита.

По мнению В. Н. Прилепской и Л. А. Устюжаниной [5], важен тот факт, что при микст-инфекции *Trichomonas vaginalis* является резервуаром сопутствующей инфекции, поэтому вследствие внутритрихомонадной персистенции гонококки, хламидии и др. неуязвимы для антибиотиков, что приводит к рецидиву заболевания.

Из общего числа обследованных женщин не более 22 % диагностировались *Chlamydia trachomatis*, что объясняется высокой тропностью этих возбудителей к цилиндрическому эпителию. Помимо этого в условиях воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды у пациенток регистрируется вторичный иммунодефицит, что ослабляет клеточно- и гуморально-опосредованные реакции организма человека на внедрение возбудителя. Этим объясняется большой процент отрицательных результатов к *Chlamydia trachomatis*, а также особенностью паразитирования этого микроорганизма внутри клетки-хозяина.

По данным анкетирования, только у 4-х (12,8 %) сохранились какие-либо жалобы на мочеиспускание. Дискомфорт при мочеиспускании женщины испытывали в среднем до 3-х месяцев после лечения, при контрольной цистоскопии, проведенной через 2 месяца, у 3-х найдены очаги лейкоплакии, что потребовало дополнительной коагуляции. Наши пациентки были либо одиночки, либо пролечили своих половых партнеров. У 7-ми проводилось лечение без коагуляции до поступления в наше отделение. Эти женщины отметили отсутствие эффекта от предыдущей терапии. Никтурия сохраняется у 8-ми пациенток (1–2 раза). Но в целом акт мочеиспускания приносит им удовольствие.

В исследовании аутопсийного материала получены следующие данные: лейкоплакия диагностирована у 4-х человек (8,9 %), у одного (2 %) плоскоклеточная метаплазия эпителия. Сопутствующими заболеваниями были аденома простаты, хронический пиелонефрит с нефросклерозом и хронический цистит.

*Обсуждение.* В целом, разработанный нами алгоритм лечения способствовал исчезновению дизурических явлений, уродинамических нарушений; отмечено восстановление нормального уротелия. Значительно улучшилось качество жизни, и исчезли психоневрологические жалобы. Лейкокератоз (ороговение) многослойного плоского эпителия является защитной реакцией, направленной на уменьшение бактериальной инвазии. Это своего рода бактериальная пленка, без снятия которой невозможна полноценная терапия. Трансуретральная коагуляция измененных участков способствует замене плоского эпителия на переходный и, с нашей точки зрения, является обязательной манипуляцией у пациенток с лейкоплакией мочевого пузыря. Электрокоагуляция вызывает нагревание ткани, создает очаг гиперемии в лейкоплакической бляшке. Это способствует удалению не только измененного эпителия, но и гибели патогенных микробов в субэпителиальных слоях.

Лейкоплакия мочевого пузыря в общей популяции реже встречается у мужчин, что связано с анатомическими особенностями. Длинный мочеиспускательный канал, «фильтр» от инфекции перед мочевым пузырем — простата.

#### *Список литературы*

1. Клименко И. А. Клинико-морфологические особенности лейкоплакии мочевого пузыря / И. А. Клименко, А. М. Романенко // *Вопр. онкологии.* — 1986. — № 2. — С. 33–37.
2. Лейкоплакия мочевого пузыря как причина стойкой дизурии / О. Б. Лоран, Л. А. Синякова, И. В. Косова, В. Е. Охриц // *Мед. совет.* — 2009. — № 1. — С. 1–3.
3. Неймарк А. И. Клинико-лабораторные особенности у женщин с лейкоплакией мочевого пузыря / А. И. Неймарк, Е. В. Ильинская, Т. С. Таранина // *Сиб. мед. журн.* — Иркутск. — 2007. — № 3.
4. Диагностика и лечение лейкоплакии мочевого пузыря у женщин / А. И. Неймарк, Е. В. Ильинская, Р. Н. Лебедева, Т. С. Таранина // *Урология.* — 2009. — № 2. — С. 18–19.

5. Прилепская В. Н. Хламидийная инфекция в акушерстве и гинекологии / В. П. Прилепская, И. Ю. Абуд // Независимое издание для практикующих врачей. — 1998. — № 5.

# LEUKOPLAKIA OF MUCOSA OF URINARY BLADDER AS GENDER- ASSOCIATED DISEASE

*E. V. Ilyinskaya<sup>1</sup>, A. A. Vershinina<sup>1</sup>, S. I. Isachenko<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>*МБТРЕ «City clinical hospital № 1» (Novokuznetsk c.)*

<sup>2</sup>*SBHE CDGT «Novokuznetsk Pathoanatomical Bureau» (Novokuznetsk c.)*

Mostly women suffer from leukoplakia of urinary bladder. Their swab from the cervical channel was analyzed, and at sexual partners — ejaculate on sexually transmitted infection, the cultural method was used. The most important method of inspection in diagnostics of leukoplakia is endoscopic one. Obligatory medical action is transurethral coagulation of the changed mucosa. The algorithm of treatment developed by us promoted disappearance of clinical implications; normal restoration of уротелий is registered.

**Keywords:** leukoplakia of mucosa of urinary bladder, sexually transmitted infection, coagulation of mucosa of urinary bladder.

---

## About authors:

**Ilyinskaya Elena Viktorovna** — candidate of medical sciences, urologist of urological unit № 2 at MBTPE «City clinical hospital № 1», e-mail: [ilinskaya67@mail.ru](mailto:ilinskaya67@mail.ru)

**Vershinina Alena Aleksandrovna** — urologist of urological unit № 2 at MBTPE «City clinical hospital № 1», Novokuznetsk, e-mail: [alnavershinina@yandex.ru](mailto:alnavershinina@yandex.ru)

**Isachenko Sergey Iosifovich** — candidate of medical sciences, pathoanatomical unit № 1, SBHE CDGT «Novokuznetsk Pathoanatomical Bureau», e-mail: [ilinskaya67@mail.ru](mailto:ilinskaya67@mail.ru)

## List of the Literature:

1. Klimenko I. A. Clinical and morphological features of leukoplakia of urinary bladder / I. A. Klimenko, A. M. Romanenko // Issues of oncology. — 1986. — № 2. — P. 33-37.
2. Urinary bladder leukoplakia as reason of the dysuria / O. B. Laurent, L. A. Sinyakova, I. V. Kosova, V. E. Okhrits // Medical council. — 2009. — № 1. — P. 1-3.
3. Neymark A. I. Clinical and laboratorial features at women with urinary bladder leukoplakia / A. I. Neymark, E. V. Ilyinskaya, T. S. Taranina // Sib. medical журн. — Irkutsk. — 2007. — № 3.
4. Diagnostics and treatment of leukoplakia of urinary bladder at women / A. I. Neymark, E. V. Ilyinskaya, R. N. Lebedeva, T.S. Taranina // Urology. — 2009. — № 2. — P. 18-19.

5. Prilepskaya V. N. Chlamidia infection in obstetrics and gynecology / V. P. Prilepskaya, I. Y. Abud // Independent edition for practising doctors. — 1998. — № 5.