

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ЦИСТИТОМ

**Константин Геннадьевич НОТОВ, Ирина Дмитриевна САЗОНОВА,
Игорь Александрович ДОМАХИН, Андрей Юрьевич ДОБРЯК,
Игорь Владимирович КОВРОВ**

*НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Новосибирск-Главный ОАО «РЖД»
630003, г. Новосибирск, Владимирский спуск, 2а*

Обследованы 243 женщины с хроническим циститом. По данным посева мочи инфекции выявлены у 28 % пациенток. Встречаемость дисметаболической нефропатии составила 95,8 %. Проявления дислипидемии обнаружены у 56,6 % больных. Лейкоплакия мочевого пузыря выявлена у 58 (23,8 %) пациенток, и ее можно интерпретировать как стадию течения хронического цистита, характеризующуюся более грубыми морфологическими изменениями слизистой оболочки мочевого пузыря. Коагуляция очагов лейкоплакии приводит к длительной ремиссии у 68 % пациенток с хроническим циститом.

Ключевые слова: хронический цистит, дисметаболическая нефропатия, лейкоплакия мочевого пузыря, слизистая оболочка мочевого пузыря, дислипидемия, эндоскопическая трансуретральная коагуляция очагов лейкоплакии.

В России около 10 % пациенток с циститом страдают хронической формой этого заболевания [1]. При неосложненных циститах инфекции выявляются в 64,7 % случаев, при этом в 72,6 % случаев выявляется *Escherichia coli* [2]. Для хронических циститов характерно нарушение функциональных и морфологических свойств слизистой оболочки мочевого пузыря с потерей барьерных функций. Причиной появления ирритативной симптоматики, болей считается повышение проницаемости эпителия мочевого пузыря и последующее проникновение калия в интерстиций, что интерпретируется как дисфункция эпителия нижних мочевых путей [3]. На этом эффекте основан калиевый тест, предложенный для диагностики интерстициального цистита [4]: при введении раствора хлористого калия в мочевой пузырь больных интерстициальным циститом через некоторое время возникает сильная боль, означающая, что тест положительный.

Замечено, что такое заболевание слизистой оболочки мочевого пузыря, как лейкоплакия, ассоциировано с наиболее устойчивыми к терапии формами хронического цистита. Для лейкоплакии в литературе описаны те же механизмы диффузии компонентов мочи в подслизистый слой,

что и для интерстициального цистита. У пациенток с лейкоплакией имеется повышенная проницаемость эпителия, невозможна адаптивная перестройка уротелия при физиологическом наполнении мочевого пузыря, что приводит к диффузии компонентов мочи в интерстиций и развитию учащенного, болезненного мочеиспускания, болей над лоном, в уретре и т. д. [5]. При развитии лейкоплакии происходит более грубое, чем при хроническом цистите без нее, повреждение слизистой оболочки. Однако если повреждение слоя гликозаминогликанов можно интерпретировать как функциональную несостоятельность слизистой оболочки, то лейкоплакия является стойким морфологическим изменением, при котором методы консервативного лечения неэффективны.

Остаются не до конца изученными факторы, вызывающие развитие устойчивых форм хронического цистита, в частности лейкоплакии, а также эффективность хирургического вмешательства при этом заболевании. Не полностью изучено отрицательное влияние на функциональное состояние паренхимы почек таких факторов, как кристаллурия на фоне дисметаболической нефропатии, дислипидемии.

Нотов К.Г. – к.м.н., рук. урологического центра, e-mail: notov@inbox.ru

Сазонова И.Д. – уролог

Домахин И.А. – уролог, e-mail: igor3778@yandex.ru

Добряк А.Ю. – уролог, e-mail: superdobryi@bk.ru

Ковров И.В. – к.м.н., уролог, e-mail: igkovrov@mail.ru

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 243 женщины с хроническим циститом, в том числе 58 пациенток с лейкоплакией мочевого пузыря. Оценивали следующие данные: жалобы, частота рецидивов хронического цистита, результаты посева мочи на микрофлору, биопсийный материал, встречаемость дисметаболических нарушений по результатам солевого состава мочи, нарушения липидного обмена (по уровню общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов высокой и низкой плотности). При обследовании проводилась цистоскопия, в ходе которой описывалась эндоскопическая картина, в том числе наличие очагов лейкоплакии. У больных с лейкоплакией предварительная щипковая биопсия из очагов лейкоплакии не проводилась в связи с ее низкой информативностью. Биопсия проведена у всех оперированных пациенток как первый этап трансуретральной операции.

Выясняли субъективную оценку пациенткой результата операции с помощью опросника (опросить удалось 28 женщин в сроки от 6 месяцев до 5 лет после проведенной операции).

У 216 пациенток с хроническим циститом проведено исследование мочи культуральным методом. Оперативное лечение проведено 52 больным с лейкоплакией. Показанием к оперативному лечению считали устойчивость цистита к лечению при наличии очагов лейкоплакии. Всем пациенткам проводилась эндоскопическая коагуляция очагов лейкоплакии с предварительной биопсией. Коагуляция проводилась с помощью биполярного трансуретрального резектоскопа (Шторц).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У пациенток выявлены жалобы на частые обострения цистита, проявляющиеся учащенным с режиями мочеиспусканием, болями над лонном, дискомфортом в области мочевого пузыря и уретры. 34 % пациенток при дополнительном вопросе о жалобах между обострениями отметили возникающий временами дискомфорт в области мочевого пузыря и уретры в период ремиссии. Инфекция была выявлена у 61 (28 %) пациентки из 216 обследованных культуральным методом, при этом *Escherichia coli* оказалась наиболее встречающейся инфекцией (52,4 %).

Для оценки частоты рецидивов обострений хронического цистита создано две подгруппы: с частотой рецидивов 1–2 раза в год (группа «редких» обострений) и с частотой рецидивов 3 и более в год (группа «частых» обострений). Из 243 пациенток с хроническим циститом 151 (62,1 %) пациентка вошла в группу с редкими обострениями и 92 (37,9 %) пациентки – в группу с частыми

обострениями. При этом в подгруппе лейкоплакии пациенток с «редкими» обострениями оказалось 12 (20,7 %), в подгруппе больных с «частыми» обострениями – 46 (79,3 %).

Получены следующие результаты гистологического исследования: у 10 (19,2 %) из 52 пациенток, оперированных по поводу лейкоплакии, выявлена плоскоклеточная метаплазия мочевого пузыря на фоне хронического цистита, а у 42 (80,8 %) – лейкоплакия (плоскоклеточная лейкоплакия с ороговением). При этом у всех пациенток с лейкоплакией зафиксированы идентичная цистоскопическая картина и клинические проявления.

Встречаемость метаболических нарушений по данным солевого состава мочи, свидетельствующих о дисметаболической нефропатии, у пациенток с хроническим циститом, по нашим данным, составила 95,8 %. Преимущественно наблюдалась оксалурия. Нарушения липидного обмена в виде дислипидемий выявлены у 56,6 % больных.

По данным опроса 28 пациенток, перенесших трансуретральную коагуляцию очагов лейкоплакии, улучшение отметили 26 (93 %) женщин, улучшение более 6 месяцев – 19 пациенток (68 %), 32 % пациенток высказали неудовлетворенность результатами операции, что связано как с непродолжительностью ремиссии, так и с ожиданием радикального эффекта от хирургического вмешательства.

ВЫВОДЫ

По данным посева мочи инфекции выявлены лишь у 28 % обследованных, что говорит о низкой встречаемости инфекционного фактора у больных с симптоматикой хронического цистита.

Встречаемость дисметаболической нефропатии у пациенток с хроническим циститом, по нашим данным, составила 95,8 %.

У женщин с хроническим циститом проявления дислипидемии обнаружены у 56,6 % больных.

Лейкоплакия мочевого пузыря является часто встречающейся патологией, возникающей при хронических циститах (23,8 % случаев), и ее можно интерпретировать как стадию течения хронического цистита, характеризующуюся более грубыми и необратимыми морфологическими изменениями слизистой оболочки мочевого пузыря.

Коагуляция очагов лейкоплакии эндоскопическим трансуретральным методом в сочетании с консервативной терапией приводит к длительной ремиссии (более 6 месяцев) у 68 % пациенток с хроническим циститом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лоран О.Б., Сняжкова Л.А., Косова И.В., Охриц В.Е. Лейкоплакия мочевого пузыря как причина стойкой дизурии // Медицинский совет. 2009. (1). 9–12.
2. Перепанова Т.С., Сняжкова Л.А., Зайцев А.В. и др. Российские результаты международного эпидемиологического исследования клинических аспектов и резистентности к антимикробным препаратам возбудителей цистита у женщин (ARESC): значение для эмпирической терапии // Урология. 2011. (2). 30–35.
3. Parsons C.L. The role of a leaky epithelium and potassium in the generation of bladder symptoms in interstitial cystitis/overactive bladder, urethral syndrome, prostatitis and gynaecological chronic pelvic pain // 3BJU Int. 2011. 107. (3). 370–375.
4. Parsons C.L. The potassium sensitivity test: a new gold standard for diagnosing and understanding the pathophysiology of interstitial cystitis // J. Urol. 2009. 182. (2). 432–434.
5. Sideri M., De Virgiliis G., Rainoldi R. et al. Junctional pattern in the squamous metaplasia of the female trigone. A freeze-fracture study // J. Urol. 1983. 129. (2). 280–283.

THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF LEUKOPLAKIA OF THE BLADDER IN WOMEN WITH CHRONIC CYSTITIS

**Konstantin Gennadyevich NOTOV, Irina Dmitriyevna SAZONOVA,
Igor Aleksandrovich DOMAKHIN, Andrey Yuryevich DOBRYAK,
Igor Vladimirovich KOVROV**

*«Russian Railways» Open Joint Stock Company Railway Clinical Hospital
on the Station Novosibirsk-Glavnyi
630003, Novosibirsk, Vladimirovsky spusk, 2a*

The study was conducted among women with chronic cystitis (243). According to the urine culture results, infections were revealed in 28 % of patients. The occurrence of dysmetabolic nephropathy made up 95.8 %. Dyslipidemia symptoms were observed in 56.6 % of patients. Leukoplakia of the bladder was diagnosed in 58 (23.8 %) of patients, and it can be interpreted as a stage of chronic cystitis characterized by grosser morphological changes of the bladder mucosa. Coagulation of leukoplakia lesions results in long-term remission in 68 % of patients with chronic cystitis.

Key words: chronic cystitis, dysmetabolic nephropathy, leukoplakia of the bladder, the bladder mucosa, dyslipidemia, endoscopic transurethral coagulation of leukoplakia lesions.

Notov K.G. – candidate of medical sciences, head of neurosurgery department, e-mail: notov@inbox.ru

Sazonova I.D. – urologist

Domakhin I.A. – urologist, e-mail: igor3778@yandex.ru

Dobryak A.Yu. – urologist, e-mail: superdobryi@bk.ru

Kovrov I.V. – candidate of medical sciences, urologist, e-mail: igkovrov@mail.ru