

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