

УДК 616.62-002.289:616-055

Сахаталиева Райхана Рафаелевна

***Факультет кафедры повышения квалификации и переподготовки
травматологии и ортопедии, нейрохирургии, оториноларингологии,
урологии и онкологии***

Андижанский государственный медицинский институт

ЧАСТОТУ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЛЕЙКОПЛАКИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

Аннотация: Заболевания выделительной системы нередко диагностируются с опозданием из-за плохо выраженных патологических изменений, общего характера признаков. От своевременного начала лечения лейкоплакии зависит его эффективность, длительность, вероятность осложнений. Этим недугом страдают преимущественно женщины разных возрастных категорий.

Он имеет, как правило, яркую симптоматику, повторяет многие признаки цистита и характеризуется возможностью длительного анамнеза с нормальными показателями анализа мочи.

Лейкоплакия мочевого пузыря – это болезнь слизистой оболочки органа, вызывающая патологический процесс, который нарушает основные функции многослойного плоского эпителия.

Ключевые слова: лейкоплакия, мочевого пузыря, патоморфология, иммуногистохимия.

Sakhatalieva Raikhana Rafaelevna

***Faculty of the Department of Advanced Training and Retraining of
Traumatology and Orthopedics, Neurosurgery, Otorhinolaryngology, Urology
and Oncology
Andijan State Medical Institute***

DISTRIBUTION, PATHOMORPHOLOGY AND IMMUNOHISTOCHEMISTRY OF LEUKOPLAKIA OF THE BLADDER AMONG THE POPULATION OF THE FERGHANA VALLEY

Abstract: Diseases of the excretory system are often diagnosed with a delay due to poorly expressed pathological changes, the general nature of the symptoms. The timely start of treatment for leukoplakia depends on its effectiveness, duration, and the likelihood of complications. Mostly women of different age groups suffer from this ailment.

He has, as a rule, vivid symptoms, repeats many signs of cystitis and is characterized by the possibility of a long history with normal urinalysis.

Bladder leukoplakia is a disease of the mucous membrane of an organ that causes a pathological process that disrupts the basic functions of stratified squamous epithelium.

Key words: leukoplakia, urinary bladder, pathomorphology, immunohisto-chemistry.

Актуальность. Лейкоплакия мочевого пузыря до настоящего времени является наиболее неизученным заболеванием слизистой оболочки мочевого пузыря. В свете современных исследований лейкоплакия представляет собой патологический процесс, который характеризуется нарушением основных функций многослойного плоского эпителия: отсутствием гликогенообразования и возникновением ороговения, которое в норме отсутствует[5].

Данные о частоте встречаемости лейкоплакии слизистой оболочки мочевого пузыря в структуре урологических заболеваний разноречивы. Исследования последних лет по этой проблеме практически отсутствуют[2].

В развитии лейкоплакии слизистой оболочки мочевого пузыря следует выделять три последовательных стадии: первая стадия -

плоскоклеточная" модуляция, вторая стадия - плоскоклеточная метаплазия, третья стадия - плоскоклеточная метаплазия с кератинизацией.

До настоящего времени недостаточно изучены этиология, патогенез и особенности клинического течения заболевания. Считается, что возможными факторами развития лейкоплакии мочевого пузыря может быть вирусная инфекция (вирус простого герпеса и вирус папилломы человека) и нарушение гормонального баланса. Однако все имеющиеся в литературе данные базируются на небольшом числе разнородных исследований[1].

В настоящее время в практике существует два понятия: плоскоклеточная метаплазия эпителия слизистой оболочки мочевого пузыря (морфологическое) и более узкое понятие - лейкоплакия (клиническое). Последнее применимо к больным с плоскоклеточной метаплазией с апоптозом, кератинизацией и с образованием типичных бляшек. Несмотря на некоторые отличия, оба понятия отражают единый метапластический процесс. Вместе с тем надо отметить, что в зарубежной литературе описывают только плоскоклеточную метаплазию[4].

По данным литературы плоскоклеточная метаплазия эпителия отнесена в раздел неопухолевых изменений эпителия и большинство авторов считают, что лейкоплакия мочевого пузыря" не склонна к малигнизации.

До настоящего времени не существует алгоритма диагностики, лейкоплакии мочевого пузыря[3]. Не выработана единая тактика лечения в зависимости от стадии процесса. Не существует единого мнения о тактике хирургического лечения лейкоплакии мочевого пузыря, что приводит к появлению новых вопросов общетеоретического и практического значения, требующих разрешения.

Цель исследования. Выявить частоту встречаемости лейкоплакии, изучить ее клинико-морфологические особенности при анализе

биопсийного материала у больных с патологией мочевого пузыря среди населения Ферганской долины.

Материалы и методы исследования. для решения поставленных задач мы обследовали 85 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.

Результаты исследования. 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 трихомонозом. 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 одиноки, 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.

Вывод. Разработан алгоритм диагностики лейкоплакии мочевого пузыря. Показано, что наличие симптомов нижних мочевых путей и неэффективность проводимой консервативной терапии являются показанием к цистоскопии с последующей биопсией слизистой оболочки мочевого > пузыря.

Обосновано применение ТУК как метода лечения II и III стадий развития процесса. Объяснена необходимость проведения уродинамического исследования и применения для консервативного лечения α -адреноблокаторов и спазмолитиков с антихолинергической активностью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. 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.
2. Клименко И. А. Клинико-морфологические особенности лейкоплакии мочевого пузыря / И. А. Клименко, А. М. Романенко // Вопр. онкологии. — 2006. — № 2. — С. 33–37.
3. 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.
4. 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.
5. Прилепская В. Н. Хламидийная инфекция в акушерстве и гинекологии / В. П. Прилепская, И. Ю. Абуд // Независимое издание для практикующих врачей. — 2008. — № 5.