

тологией. При применении данного лазера уменьшается время операции, длительность послеоперационного периода и как следствие – срок пребывания пациента на койке. Применение тулиевого лазера при мочекаменной болезни – это эффективная контактная литотрипсия с наименьшим эффектом отдачи камня и повреждения тканей, а также с наименьшим процентом осложнений.

По данным наших непродолжительных наблюдений можно предполагать, что тулиевый лазер в настоящее время является одним из наиболее эффективных лазерных аппаратов, применяемых в лечении пациентов с различной урологической патологией. В дальнейшем считаем необходимым расширение практических показаний к применению данного лазера, не ограничиваясь литотрипсией, и проспективное наблюдение за прооперированными пациентами.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Halliday, D. R. Fundamentals of Physics / D. R. Halliday ; ed. by J. Walker. – New York : Halsted Press, 2007. – 1136 p.
2. Maiman, T. H. Stimulated optical radiation in ruby / T. H. Maiman // Nature. – 1960. – Vol. 187. – P. 493–494.
3. Mulvaney, W. P. The laser beam in urology / W. P. Mulvaney, C.W. Beck // J Urol. – 1968. – Vol. 99, № 1. – P. 112–115.
4. Visual Laser Ablation of the Prostate: Clinical Experience in 108 Patients / J. P. Norris // The Journal of Urology. – 1993. – Vol. 150, № 5. – P. 1612–1614. doi:10.1016/s0022-5347(17) 35857-3

УДК 616.62.-002.289

А. С. Боровик, Ю. В. Бельчиков

Учреждение здравоохранения

«Минский клинический консультативно-диагностический центр»

г. Минск, Республика Беларусь

ЛЕЙКОПЛАКИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Введение

Лейкоплакия представляет собой замещение переходного эпителия мочевого пузыря многослойным плоским с ороговением. Клинически она определяется в виде бляшек белого цвета, расположенных на фоне неизменной слизистой. Пациентки с ЛМП часто наблюдаются у уролога по поводу хронического цистита, и прицельная диагностика лейкоплакии не проводится.

Материалы и методы исследования

Выполнен обзор литературы на основании материалов электронной базы данных медицинской литературы PubMed, научных журналов, материалов сети интернет за период с 1998 по 2023 гг. Отражен собственный опыт лечения пациентов с лейкоплакией мочевого пузыря.

Результаты исследования и их обсуждение

В преимущественном большинстве случаев ЛМП страдают женщины. В основном это связано с анатомическим строением нижних мочевых путей женщин и склонностью цистита к рецидивированию. Возраст: средний возраст пациенток составляет

30 лет (чаще от 20 до 60 лет) [5]. Этиология: длительное воздействие инфекции, аллергия, гормональный статус (недостаточность эстрогенов), нейрогенные причины, прием комбинированных оральных контрацептивов [2, 5]. *Escherichia coli*, *Proteus* и *Streptococcus faecalis* чаще других микроорганизмов выявляются у пациенток с ЛМП, а из возбудителей ИППП – *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealiticum* и *Candida albicans* [2, 4]. У 60% больных встречаются ассоциации микроорганизмов. Малигнизация: лейкоплакия с большой зоной ороговения может считаться факультативным предраком [10]. Клинические симптомы: симптомами, характерными для ЛМП, являются учащенное, затрудненное мочеиспускание, императивные позывы к мочеиспусканию, терминальная гематурия, боли над лоном при переполнении мочевого пузыря и после его опорожнения, никтурия [2, 5]. У части больных наблюдалось сочетание нескольких жалоб. Отмечается длительный анамнез заболевания, практически без периодов ремиссии. После курсов антибактериальной терапии ЛМП может не иметь клинических проявлений и выявляется как случайная находка при цистоскопии [3, 4].

Лабораторная и инструментальная диагностика

По данным общего анализа мочи у пациенток с ЛМП чаще не отмечается патологических изменений (85%) [2]. Посевы мочи на микрофлору чаще стерильны (71,4%) [1, 7]. ПЦР – исследование мазка из цервикального канала и культуральное исследование доказывают наличие хотя бы одной ИППП (71,4% – *Mycoplasma hominis*, 31,4% – *Ureaplasma urealiticum*, 22,9% – *Chlamydia trachomatis*, 22,9% – *Trichomonas vaginalis*, а также их ассоциаций между собой, а также *Candida albicans* [2]. Это подтверждает возможный восходящий путь инфицирования, а также инфекционный генез лейкоплакии. Отмечено также выявление вируса герпеса 2 типа и вируса папилломы человека у 30 и 28% пациенток соответственно [5]. УЗИ органов малого таза и почек позволяет определить средний объем наполнения мочевого пузыря, провести дифференциальную диагностику с гинекологическими заболеваниями, обструкцией мочеточников. Выполнение урофлоуметрии и КУДИ позволяет исключить urgency, нейрогенный мочевой пузырь, инфравезикальную обструкцию, оценить эффективный объем мочевого пузыря. Наибольшее значение в диагностике ЛМП имеет цистоскопия. В большинстве случаев определяется поражение слизистой треугольника мочевого пузыря (порядка 80%) и шейки (около 10%). Встречается также поражение в области устьев мочеточников, по задней и боковой стенкам [1, 2, 3, 5]. Размер ЛМП варьирует от 5 до 35 мм и редко бывает обширнее. В зависимости от гистологической стадии заболевания можно увидеть участки измененной слизистой в виде слаборазличимого участка беловатого цвета.

Медикаментозное лечение

В качестве отдельного метода лечения практически не используется. Имеются сообщения о самостоятельном разрешении ЛМП спонтанно.

Оперативное лечение

Используются следующие методы лечения ЛМП: трансуретральная резекция, вапоризация, лазерная коагуляция (абляция), аргонкоагуляция, криотерапия. Использование лазерных методик отличается минимальной травматизацией тканей и коротким периодом реабилитации. В Минском клиническом консультативно-диагностическом центре в течение 2023 г. 14 пациенткам (женщинам) с диагнозом лейкоплакии мочевого пузыря была выполнена абляция слизистой высокоэнергетическим лазером с помощью аппарата «Медиола Компакт» с длиной волны 1560 нм и выходной мощностью 15 Вт. Эффективность лечения оценивали через 7 сут, 1, 3 и 6 мес. после проведенного оперативного

вмешательства. Улучшение состояния пациентки отмечают при осмотре через 3 мес. после операции, что проявляется в виде исчезновения поллакиурии, затрудненного мочеиспускания, болей, увеличения эффективной емкости мочевого пузыря. Всем пациенткам рекомендуется выполнение ежегодной контрольной цистоскопии с биопсией слизистой мочевого пузыря [1, 5].

Заключение

На основании приведенных данных ЛМП представляется как полиэтиологическое заболевание с различными формами и различными клиническими проявлениями. Вышеуказанные исследования демонстрируют связь хронической инфекции нижних мочевых путей и ЛМП; кроме того показана роль ассоциаций микроорганизмов и длительность предшествующего лечения. Имеется возможность малигнизации ЛМП при 3-й стадии заболевания с обширной зоной поражения слизистой мочевого пузыря. Главными преимуществами лазерной абляции лейкоплакии мочевого пузыря являются минимальная хирургическая травма, хороший гемостаз, отсутствие интраоперационных осложнений, быстрое очищение слизистой мочевого пузыря от струпа, короткий период послеоперационной реабилитации. Пациентам с выявленной ЛМП следует проводить ежегодную цистоскопию и визуализацию верхних мочевых путей с целью исключения осложнений, таких как обструкция мочевыводящих путей и сморщивание мочевого пузыря.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Оценка эффективности лазерной абляции лейкоплакии мочевого пузыря у женщин с хроническим циститом / С. Х. Аль-Шукри [и др.] // Медицина и образование. – 2013. – № 5. – С. 14–21.
2. Неймарк, А. И. Клинико-лабораторные особенности цистита у женщин с лейкоплакией мочевого пузыря / А. И. Неймарк, Е. В. Ильинская, Т. С. Таранина // Сибирский медицинский журнал. – 2007. – Т. 70, № 3. – С. 51–54.
3. Ильинская, Е. В. Лейкоплакия слизистой оболочки мочевого пузыря как гендер-ассоциированное заболевание / Е. В. Ильинская, А. А. Вершинина, С. И. Исаченко // Медицина и образование. – 2013. – № 5. – С. 18–23.
4. Two adolescent girls with keratinizing squamous metaplasia of the bladder / M. T. Bayram [et al.] / Urology. – 2012. – Vol. 80, № 1. – P. 207–209.
5. Смирнов, Д. С. Особенности диагностики и лечения больных с лейкоплакией мочевого пузыря : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.40 / Д. С. Смирнов ; ГОУ ВПО СПб ГПМА Росздрава. – СПб., 2007. – 23 с.

УДК 616.61-002.3-036.11-07-08

Д. М. Василевич, А. И. Войтехович
Учреждение здравоохранения
«Гродненская университетская клиника»
г. Гродно, Республика Беларусь

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Введение

В настоящее время меняется отношение к стандартам традиционного лечения пациентов с острым гнойным пиелонефритом (ОГП). Благодаря применению современных антибактериальных препаратов и возможности проводить эффективную медикаментоз-