

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ЛЕЙКОПЛАКИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Садикова Д.И., Рустамов У.М., Хамраев О.А., Бобоев Р.А., Шадманов М.А., Абдулазизов С.А.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Проведено обследование 45 больных женщин с лейкоплакией мочевого пузыря. Установлена прямая корреляция между жалобами больных и стадией лейкоплакии слизистой оболочки мочевого пузыря. В зависимости от стадии развития заболевания, выраженность болевого синдрома и дизурические явления усиливаются и достигают своего максимума в третьей стадии заболевания.

Ключевые слова: лейкоплакия, мочевого пузырь, боль, слизистая оболочка, дизурия

СИЙДИК ПУФАГИ ЛЕЙКОПЛАКИЯСИ БИЛАН ОФРИГАН БЕМОЛЛАРИНИ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИ

Садикова Д.И., Рустамов У.М., Хамраев О.А., Бобоев Р.А., Шадманов М.А., Абдулазизов С.А.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Сийдик пуфаги лейкоплакияси билан касалланган 45 нафар аёлларда текширув ўтказилди. Уларни шикоятлари тартибга солиниб шиллиқ қават лейкоплакияси даражаси билан таққосланди ҳамда шу омиларга асосланиб оғриқ ва дизурик ҳолатлар касалликнинг айнан 3- босқичидагина ўзининг юқори чўққисида намоён бўлиши аниқланди.

Калит сўзлар: лейкоплакия, сийдик пуфаги, оғриқ, шиллиқ қават, дизурия.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BLADDER LEUKOPLAKIA

Sadikova D.I., Rustamov U.M., Xamraev O.A., Boboev R.A., Shadmanov M.A., Abdulazizov S.A.,

Andijan State Medical Institute.

✓ Resume,

45 patient with leukoplakia of the bladder were examined. A direct correlation was established between the complaints of patients and the stage of leukoplakia of the mucous membrane of the bladder depending on the stage of development of the disease, the severity of pain and dysuric phenomena increase and reach their maximum in the third stage of the diseases.

Keywords: leukoplakia, bladder, pain, mucous membrane, dysuria.

Актуальность

Лейкоплакия мочевого пузыря впервые была описана более 120 лет тому назад, о чем свидетельствуют данные, приведенные в работах многих авторов [2, 8, 10, 16, 23]. Термин "лейкоплакия" (в переводе с греческого означает "белая бляшка") впервые был предложен Швиммером А.Н. в 1887 году и остается общепринятым до настоящего времени [5, 11, 17, 20, 23]. Согласно исследованиям, многих авторов [14, 15, 21, 22], лейкоплакия встречается в слизистых оболочках полости рта, шейки матки, прямой кишки, вульвы, параназальных пазухах, барабанных перепонках и мочевого пузыря [12, 19].

Лейкоплакия патологический процесс, который характеризуется нарушением основных функций многослойного плоского эпителия: отсутствием гликогенобразования и возникновением ороговения, которое в норме отсутствует [2, 5, 9, 13, 17, 24].

В мировой литературе к 1975 году сообщается о 300 случаях лейкоплакии мочевого пузыря [23]. В литературе подчеркивается тот факт, что лейкоплакия мочевого пузыря встречается в основном у женщин [13, 18, 19]. Так, по данным многих авторов лейкоплакия мочевого пузыря у женщин встречается в 95 раз чаще, чем у мужчин [5, 17]. Лейкоплакия мочевого пузыря может возникнуть в любом возрасте. Чаще

других лейкоплакии подвержены женщины детородного возраста, однако, некоторые авторы описывают лейкоплакию мочевого пузыря у женщин климактерического периода [8, 11, 22]; а также существует ряд сообщений о выявлении плоскоклеточной метаплазии слизистой оболочки мочевого пузыря у детей [5, 24].

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 [5, 7, 8, 16, 23].

Диагностика лейкоплакии мочевого пузыря основана на комплексном обследовании [6, 9, 12], применение их в определенной последовательности, на основании имеющихся жалоб, позволяет установить диагноз и определить дальнейшую тактику лечения [1, 3, 4, 11, 12, 13, 21, 24, 25].

Цель исследования: Выявить основные клинические критерии при лейкоплакии мочевого пузыря.

Материал и методы исследования: Больные отбирались из числа пациентов, госпитализированных в урологическое отделение клиники Андижанского Госу-

дарственного медицинского института имени Ю.Отабекова в период с 2016 по 2019 год. С целью выполнения поставленных задач были отобраны женщины с различными стадиями лейкоплакии мочевого пузыря. Всего обследовано 45 женщин, страдающих лейкоплакией мочевого пузыря.

Показаниями к проведению обследования служили жалобы больных на постоянное чувство тяжести в области мочевого пузыря, как при его переполнении, так и при отсутствии мочи в мочевом пузыре, боли и длительные спазмы после мочеиспускания, дискомфорт или чувство жжения над лобком, в промежности, паховых областях и в преддверии влагалища.

Для обработки материалов исследования и их последующего анализа, была разработана карта обследования больного, которая помимо паспортных данных отражала анамнестические данные, результаты клинического, лабораторного, инструментального, рентгенологического, ультразвукового, уродинамического и эндоскопического обследований, данные морфологического исследования биопсийного и операционного материалов, способ лечения больного, частоту и сроки появления рецидивов.

Кроме общепринятых методов клинического обследования в работе широко использовались инструментальные (цистоскопия), рентгенологические (экскреторная урография), ультразвуковые (УЗИ почек и органов малого таза), эндоскопические и уродинамические методы исследования. Также проводилось изучение гормонального статуса больных.

Результат и обсуждения

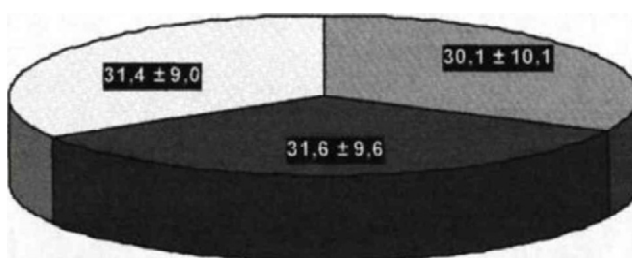
До обращения и поступления в отделение урологии клиники АГМИ все пациентки находились под наблюдением амбулаторных гинекологов и урологов от 2 до 36 месяцев и получали неоднократные курсы, консервативной терапии.

Всем женщинам на догоспитальном этапе было проведено не менее трех курсов консервативной терапии, которая включала в себя антибактериальную терапию с учетом и без учета данных посевов мочи на флору и определения чувствительности к антибактериальным препаратам, инстилляций в мочевой пузырь растворов антисептиков и т.д. Больные лечились с различными диагнозами: хронический цистит, который был выявлен у 25 (55,5%) пациенток, интерстициальный цистит - у 2 (4,4%), шеечный цистит - у 8 (17,7%); уретральный синдром - у 5 (11,2%), цисталгия - у 5 (11,2%) - пациенток соответственно.

Улучшение самочувствия и регресс симптомов заболевания, после проведенного лечения выявлены у 10 (22%) больных. Отсутствие положительной динамики после проведенного лечения отмечено у 35 (78%) женщин.

Пациенты находились в возрасте от 20 до 50 лет. Средний возраст больных в обследуемых группах представлен на диаграмме 1.

Диаграмма 1



I-группа, II- группа, III-группа

Средний возраст пациенток I группы составил 30,1+10,1 лет, второй группы 31,6+9,6 лет и третьей группы 31,4+9,0 лет.

Распределение больных по возрасту в обследуемых группах представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных лейкоплакией мочевого пузыря по возрасту

Группы больных	Возраст в годах				Всего
	до 20	21-30	31-40	41-50	
I группа	2	10	5	3	20
II группа	-	6	4	-	10
III группа	-	4	10	1	15
Итого	2	20	19	4	45

При изучении анамнеза заболевания нами был проведен тщательный анализ продолжительности заболевания, начиная с первых неотчетливых признаков болезни (чувство дискомфорта надлобковой области, слабость, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря). Данные о распределении пациенток с лейкоплакией мочевого пузыря в обследуемых группах по длительности заболевания представлены в таблице 2.

Анализ продолжительности заболевания обследуемых женщин показал, что продолжительность заболевания у больных I группы составляла до 5 мес. (по критическому значению при у пациенток II группы -

от 5 мес. до 18 мес. и у женщин III группы - от 12 мес. до 24 месяцев.

Вероятность развития лейкоплакии мочевого пузыря, в определенной степени, определяется выявлением у данного контингента больных факторов риска (нарушение менструальной функции и гормонального гомеостаза, наличие в анамнезе инфекций мочевыводящих путей, в том числе инфекций передаваемых половым путем, травматические воздействия на стенку мочевого пузыря, вследствие катетеризаций мочевого пузыря, диагностические и лечебные цистоскопии). Благоприятным фоном для развития заболевания также являлись общие соматические заболевания, бытовые и производственные вредности.

Распределение пациенток с лейкоплакией мочевого пузыря по длительности заболевания

Группы больных	Продолжительность болезни в месяцах					Всего
	до 5	5-12	12-18	18-24	24-36	
I группа	10	6	3	1	-	20
II группа	-	6	4	1	1	10
III группа	-	1	5	6	3	15
Итого	10	13	12	8	4	45

Пациентки были разделены на три группы в зависимости от данных биопсии и последующего метода лечения.

Первую группу составили 20 женщин с первой стадией лейкоплакии мочевого пузыря. Первая стадия лейкоплакии мочевого пузыря характеризовалась метапластическими изменениями переходного эпителия; определяющимися только при гистологическом исследовании. При этом на фоне типического переходного эпителия видны, гнезда и поля многослойного плоского эпителия. Количество слоев клеток увеличивается в 1,5-2 раза; верхние слои приобретают характерную для плоского эпителия полигональную форму клеток с пузырькообразным ядром с множественными ядрышками. В цитоплазме этих клеток при гистохимическом исследовании определяется большое количество гликогена и прокератина.

Вторую группу составили 10 больных с выявленными второй и третьей стадиями процесса, являющимися истинной лейкоплакией. Вторая и третья стадии лейкоплакии мочевого пузыря характеризовались изменением эпителия, определяющимся визуально при цистоскопии в виде белесоватых пятен на слизистой оболочке мочевого пузыря. В гистологической картине фрагментов слизистой оболочки мочевого пузыря, взятых из этих участков, преобладает метапластический многослойный плоский эпителий с характерной для него вертикальной дифференцировкой. Нижние слои состоят из более мелких гиперхромных полигональных клеток: По мере приближения к поверхности слоя, клетки увеличиваются в размерах, светлеют за счет увеличения в них гликогена и кератина. На поверхности слоя скапливается то или иное количество кератогиалина. Таким образом, в этом случае можно говорить о метапластическом плоском ороговевающем эпителии, который по своим гисто-

логическим и иммунологическим свойствам неотличим от исходно возникшего плоского эпителия.

В третью группу входили 15 больных с выявленными второй и третьей стадиями лейкоплакии.

Хорошо известно, что ведущими симптомами лейкоплакии слизистой оболочки мочевого пузыря являются стойкая дизурия и болевой синдром, часто рецидивирующий и иногда резистентный, к традиционным методам лечения: Стойкая дизурия проявляется учащенным и затрудненным мочеиспусканием и выявлена у 36 (80%) больных с лейкоплакией мочевого пузыря, а жалобы на боли выявлены у 40 (89%) женщин с установленным диагнозом лейкоплакии мочевого пузыря. Боли обычно локализуются внизу живота, над лоном и носят "распирающий" характер. Предполагается, что механизм болевого синдрома у больных с лейкоплакией мочевого пузыря можно объяснить нейротрофическими изменениями в мочевом пузыре. Реактивно - дегенеративное состояние нервных элементов мочевого пузыря ведет к расстройству сигнальной связи с центральной нервной системой. Обнаруживаемые изменения в нервных элементах мочевого пузыря являются постоянной составляющей морфологической картины синдрома тазовых болей; и, безусловно, являются одной из причин, усиливающих сосудистрофические изменения тканей иннервируемых органов. Нами проанализирована степень проявления болевого синдрома у больных с лейкоплакией слизистой оболочки мочевого пузыря. Выраженность болевого синдрома оценивалась по аналоговой самооценочной шкале боли и варьировала от 1 до 10 баллов. Данные о распределении больных с лейкоплакией мочевого пузыря в обследуемых группах по степени выраженности болевого синдрома представлены в таблице 3.

Таблица 3

Распределение больных с лейкоплакией мочевого пузыря по степени выраженности болевого синдрома

Группы больных	Самооценочная шкала боли в баллах				Всего
	0-1	2-4	5-6	Отсутствие болевого синдрома	
I группа	12	2	-	6	20
II группа	-	6	2	2	10
III группа	1	10	-	4	15
Итого	13	18	2	12	45

Следует отметить, что степень выраженности болевого синдрома у больных группы в среднем составила от 0 до балла, во II и III группах от 2 до 4 баллов, что достоверно выше, чем у больных I группы. Полученные данные наглядно демонстрируют зависимость степени выраженности болевого синдрома от стадии данного заболевания.

Симптоматика нарушений мочеиспускания у жен-

щин с лейкоплакией мочевого пузыря проявлялась в виде: затрудненного мочеиспускания, которое выявлено у 32 (71%) больных, императивных позывов к мочеиспусканию у 30 (66%) женщин, учащенного мочеиспускания у 40 (89%) пациенток, терминальной гематурии у 10 (22%) больных соответственно. Характеристика жалоб больных представлена в таблице 4.

Характеристика жалоб больных с лейкоплакией слизистой оболочки мочевого пузыря

Группы больных	Жалобы больных				
	затрудненное мочеиспускание	болевого синдром	императивный позыв	учащенное мочеиспускание	терминальная гематурия
I группа	4	13	-	10	-
II группа	5	9	6	10	5
III группа	10	12	10	-	5
Итого	19	34	16	20	10

Следует отметить, что у части женщин с лейкоплакией слизистой оболочки мочевого пузыря регистрировалось сочетание нескольких жалоб. Так, наиболее частыми сочетаниями жалоб являлись: болевой синдром и учащенное мочеиспускание; затрудненное, учащенное мочеиспускание и болевой синдром. Сочетание болевого синдрома и учащенного мочеиспускания выявлено у 6 (30%) больных I группы, у 8 (80%) пациенток II группы и у 10 (66%) женщин III группы, а сочетание затрудненного, учащенного мочеиспускания и болевого синдрома выявлено у 3 (15%) больных I группы, у 3 (30%) пациенток II группы и у 5 (33%) женщин III группы соответственно.

Проведенный анализ показал, что различные расстройства мочеиспускания выявлены у 32 (71%) больных, причем у 28 (62%) пациенток отмечено сочетание различных расстройств мочеиспускания, статистически достоверно различающихся в трех группах больных. Среди расстройств мочеиспускания; во всех трех группах достоверно доминирует учащенное и затрудненное мочеиспускание, причем у больных II и III групп данные расстройства более выражены, чем у больных I группы.

По полученным данным отчетливо прослеживается прямая корреляция между жалобами больных и стадией лейкоплакии слизистой оболочки мочевого пузыря.

По данным исследования у женщин второй и третьей групп отмечено преобладание жалоб на различные расстройства мочеиспускания по сравнению с I группой, что согласуется с динамикой развития данного заболевания. По нашему мнению, максимальная степень выраженности болевого синдрома объясняется законченной трансформацией переходного эпителия. В отличие от переходного, плоский эпителий не обеспечивает непроницаемого барьера для попадания мочи на нервные рецепторы.

Выводы:

1. По полученным данным отчетливо прослеживается прямая корреляция между жалобами больных и стадией лейкоплакии слизистой оболочки мочевого пузыря.

2. Основными жалобами у больных с лейкоплакией мочевого пузыря являются затрудненное мочеиспускание (52,6%), чувство дискомфорта в надлобковой области (79%), императивный позыв на мочеиспускание (14%), учащенное мочеиспускание (82%), болевой синдром (80%), терминальная гематурия (8%).

3. В зависимости от стадии развития заболевания; выраженность болевого синдрома и дизурические явления усиливаются и достигают своего максимума в третьей стадии заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алексеева В.Е. Комбинированное лазерное лечение заболеваний нижних мочевых путей у женщин// Кремлевская медицина, Клинический вестник. 2015; 3: 14-15.
2. Андреева Ю.Ю. Кишечная метаплазия эпителия слизистой оболочки мочевого пузыря /Архив патологии. 2012; 6: 56-57.
3. Бабицева И.А. Патогенетические подходы к хирургическому лечению лейкоплакии шейки матки//Акушерство и гинекология. 2018; 2: 33-38.
4. Балан В.Е. Современные подходы к ведению и лечению женщин с расстройствами мочеиспускания//Акушерство и гинекология. -2006; 5: 65-67.
5. Бочарова О.А. Роль адгезивных нарушений в патогенезе лейкоплакии и возможности их коррекции иммуномодулятором //Иммунология. - 2014; 25(1): 36-43.
6. Данилов В.В. Диагностические и лечебные аспекты расстройств мочеиспускания у женщин//Медицинский журнал. 2016; 2: 20-25.
7. Деревянко И.И. Осложненные инфекции мочевыводящих путей //Consilium Medicum. 2017; 5(7): 376-380.
8. Клименко И.А. Кандидомикозный цистит и лейкоплакия мочевого пузыря//Урология и нефрология. 2017; 3: 71-73.
9. Клименко И.А. Цитологическое исследование в диагностике и диспансерном наблюдении больных с предопухольными заболеваниями мочевого пузыря //Лабораторное дело. 2013; 9: 544-547.
10. Клименко И.А. Клинико-морфологические особенности лейкоплакии мочевого пузыря/ Вопросы онкологии. 2016; 12(6): 76-81.
11. Левин Е.И. Цистит у женщин: диагностика и лечение. /М., 2009; 21-25.
12. Лопаткин Н.А. Неосложненные и осложненные инфекции мочеполовых путей. Принципы антибактериальной терапии //Русский медицинский журнал. 2017; 5(24): 1579-1592.
13. Лоран О.Б. Особенности диагностики и лечения хронического цистита у женщин// Акушерство и гинекология. 2000; 3: 40-43.
14. Гетрова Л.В. Рецепторы андрогенов слизистой оболочки полости рта у больных лейкоплакией //Вестник дерматологии и венерологии. 2018; 3: 4-5.
15. Прилепская В.Н. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы: клинич. лекции /- М.: Медпресс-информ, 2013; 29-33.
16. Романенко А.М. Лейкоплакия мочевого пузыря // Архив патологии. 2015; 1: 39-42.
17. Шабат А.Л. Клинико-биохимические особенности лейкоплакии мочевого пузыря // Вопросы онкологии. 2013; 2: 61-64.
18. Hooton T. Recurrent urinary tract infection in women // International journal of antimicrobial agents. 2018; 17(4): 259-268.
19. Dehkanov K.A. et.al. Physiological aspects of the exchange of some microcells in norm and at urolithic illness at children. <https://uzjournals.edu.uz/pediatrics/vol12/iss1/50>
20. Morgan R. Vesical leukoplakia// Br J. Urology. 2010; 52: 96-100.
21. Raz R. Hormone replacement therapy or prophylaxis in postmenopausal women with recurrent urinary tract infection// Journal of Infectious Diseases. 2017; 183(1): 74-76.
22. Raz R. Recurrent urinary tract infection in postmenopausal women// Clin Infect Dis. 2018; 30: 152-156.
23. Reece R. Leukoplakia of the urinary tract: a review// J. Urology. - 2012; 114: 165-171.
24. Roerborn C.G. Progression of leukoplakia of the bladder to squamous cell carcinoma 19 years after complete urinary diversion// J. Urology. - 2016; 140(3): 603-604.
25. Ronald A. The etiology of urinary tract infection: Traditional and emerging pathogens // Disease-a-Month. 2018; 49(2): 71-82.

Поступила 09.02. 2020.