

ренко, А.Ю. Прудко, Ф.К. Осей, А.С. Нечипоренко // ARSmedica. – 2013. – № 5. – С. 94 – 97.

2. Нечипоренко, А.Н. Генитальный пролапс / А.Н. Нечипоренко, Н.А. Нечипоренко, А.В. Строчкий. — Минск : Вышэйшая школа, 2014.

3. Gufler, H. Pelvic floor descent: dynamic MR imaging using a half-Fourier RARE sequence. / H. Gufler [et al.] // Journal of Magnetic Resonance Imaging. – 1999. – Vol. 9. – P. 378–383.

4. Healy, J.C. Patterns of prolapse in women with symptoms of pelvic floor weakness: assessment with MR imaging. / J.C. Healy [et al.] // Radiology. – 1997. – Vol. 2003. – P. 77–81.

5. Kelvin, F.M. Female pelvic organ prolapse: diagnostic contribution of dynamic cystoproctography and comparison with physical examination. / F.M. Kelvin [et al.] // American Journal of Roentgenology. – 2009. – Vol. 173. – P. 31–37.

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН

Нечипоренко Н.А. Нечипоренко А.Н., Юцевич Г.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Среди заболеваний слизистой мочевого пузыря (МП) наименее изученным является лейкоплакия.

Лейкоплакия МП представляет собой участок слизистой, в котором здоровый переходный эпителий замещен клетками плоского ороговевающего эпителия. Излюбленной локализацией лейкоплакии МП является мочепузырный треугольник (треугольник Лъето) [1].

Этиология и патогенез лейкоплакии МП на сегодняшний день не могут считаться установленными.

Возникновение очага лейкоплакии сопровождается часто повторяющимися эпизодами учащенного и болезненного мочеиспускания и болей внизу живота, что, зачастую, расценивается как рецидивирующий хронический цистит.

Дело в том, что в очаге лейкоплакии стенка МП лишается защитного барьера от воздействия мочи. Моча начинает проникать в подслизистый слой стенки пузыря, раздражая нервы и вызывая постоянный дискомфорт в виде частых позывов и болей при мочеиспускании. Кроме того, в очаге лейкоплакии не вырабатывается слизь, что позволяет бактериям фиксироваться к из-

мененной слизистой и вызывать развитие бактериального цистита. Этим объясняются частые эпизоды рецидива цистита после проведенного антибактериального лечения [2].

При отсутствии эффекта от консервативного лечения ряд исследователей рекомендует хирургическое вмешательство в виде трансуретральной резекции (ТУР) очага лейкоплакии [3].

Цель. Познакомить врачей с клиникой, диагностикой и методом хирургического лечения лейкоплакии МП.

Методы исследования. Наблюдали 32 женщины, которые находились на лечении в урологической клинике УО "ГрГМУ" по поводу хронического рецидивирующего цистита. Возраст женщин 27-45 лет. Рецидивы эпизодов цистита отмечались 5-6 раз в год. Неоднократно применявшиеся амбулаторно традиционные методы лечения рецидивов цистита оказались не эффективными.

В клинике все женщины обследованы: кроме традиционного обследования (общий анализ мочи, посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, обследование на ИППП) выполнялась цистоскопия с биопсией измененной слизистой.

Все женщины оперированы. Выполнена ТУР очагов патологически измененной слизистой. Через 1 месяц после операции выполнена цистоскопия для оценки адекватности удаления патологически измененной слизистой.

С целью восстановления гликозаминогликанового слоя слизистой МП 11 женщинам проведен курс инстилляций в мочевого пузыря препарата Уро-Гиал (ООО «СЛС», Россия).

Результаты лечения 32 пациенток с гистологически подтвержденной лейкоплакией оценивали через 6 месяцев и 1 год после операции.

Результаты и их обсуждение. Продолжительность заболевания у пациенток с лейкоплакией составляла 2-5 лет. Эпизоды рецидивов цистита проявлялись учащенным болезненным мочеиспусканием, императивными позывами к мочеиспусканию, поллакиурией и хронической уретральной болью. В результате проведенного обследования у 18 пациенток в анализе мочи выявлена лейкоцитурия, а посев мочи показал наличие бактериурии $\geq 10^4$ КОЕ в 1 мл, что потребовало проведение антибактериального лечения. У 7 пациенток диагностирован хламидиоз и у 7 женщин инфекция мочевыводящих путей не выявлена.

Женщинам с бактериальным циститом проведен курс антибактериального лечения с учетом чувствительности флоры к антибиотикам, а женщинам с хламидиозом проведен курс лечения доксициклином.

В ходе выполненной цистоскопии в области треугольника Льева был выявлен очаг слизистой белесоватого цвета с неровной поверхностью выступающий над неизменной слизистой. Отмечена четкая граница между здоровой слизистой и патологически измененным участком. Выполнялась биопсия измененной слизистой.

Гистологическим исследованием плоскоклеточная метаплазия эпителия была выявлена у 32 пациенток (без ороговения – у 10 и с ороговением – у 22). Таким образом, диагностирована лейкоплакия МП II и III ст.

Все женщины оперированы. Выполнялась ТУР патологически измененной слизистой. Очаг лейкоплакии иссекался до мышечного слоя. После операции мочевого пузыря дренировали катетером Фолея на 1-2 дня. После удаления катетера пациентки отмечали дизурические расстройства в виде учащенного болезненного мочеиспускания. Проводилось стандартное лечение спазмолитиками и анальгетиками.

Через 1 месяц после операции при осмотре 23 пациентки жалоб на расстройства мочеиспускания не предъявляли и 9 отмечали поллакиурию и умеренные боли при мочеиспускании. Всем выполнена контрольная цистоскопия.

У 4 пациенток (из группы с дизурическими расстройствами) в зоне бывшего очага лейкоплакии локализовались 1-2 очага до 1х1 см по виду соответствовавшие изменениям, имевшим место до операции. Этим пациенткам проведена дополнительная ТУР этих очагов. У 28 женщин в области бывшего очага лейкоплакии имел место посткоагуляционный рубец, а в области ближе к внутреннему отверстию уретры визуализированы гиперемия и отёк слизистой оболочки умеренной степени выраженности.

У 15 пациенток с полностью удаленным очагом лейкоплакии начат курс внутривезикулярных инстилляций препаратом Уро-Гиал (50 мл на 25-30 минут в МП 1 раз в неделю № 6). И 17 пациенток получали только фитопрофилактику рецидивов цистита.

Через 6 месяцев в группе 15 женщин, которым проведен курс инстилляций Уро-Гиала рецидива цистита не отмечено, при

цистоскопии очагов лейкоплакии не выявлено, а через 1 год рецидив лейкоплакии диагностирован у 2 (13,3%) и рецидивы цистита возникли у 2 (13,3%).

В группе 17 женщин, которым не проводились инстилляциии Уро-Гиала через 6 месяцев рецидива лейкоплакии не отмечено, а рецидив цистита имел место у 3 (17,6%); через 1 год при цистоскопии рецидив лейкоплакии диагностирован у 4 (23,5%), а эпизоды рецидива цистита отметили уже 5 пациенток (29,4%).

Выводы.

1. ТУР слизистой МП является надежным методом удаления очага лейкоплакии.

2. После ТУР лейкоплакии инстилляциии в МП препарата Уро-Гиал позволяют снизить частоту развития рецидивов лейкоплакии и цистита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клименко И. А. Клинико-морфологические особенности лейкоплакии мочевого пузыря / И. А. Клименко, А. М. Романенко // Вопр. онкологии. — 1986. — Т. 32, № 6. — С. 76–82.

2. Лоран О. Б. Рецидивирующие инфекции мочевых путей / О. Б. Лоран, Л. А. Синякова, И. В. Косова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2008. — 29 с.

3. Лейкоплакия мочевого пузыря: диагностика и лечение / А. И. Неймарк, Е. В. Ильинская, З. Н. Лебедева, Т. С. Таранина // Урология. — 2009. — № 2. — С. 18–22.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ВЫБОРА МЕТОДА ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Новицкая В.С.¹, Михайлов А.Н.², Смотрин С.М.¹

¹*Гродненский государственный медицинский университет,*

²*Белорусская медицинская академия последипломного
образования*

Актуальность. Паховые грыжи - одно из распространенных заболеваний брюшной стенки, которые достаточно часто встречаются во всех возрастных группах населения [1,2]. Существующие методы хирургического лечения грыж подразделяются на натяжные и атензионные [4,5]. Однако частота рецидива заболевания после оперативного лечения по-прежнему остается высо-