

ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН

В. Г. Гомберг, Ю. Т. Надь, Н. А. Пархомчук

Санкт-Петербургский городской гериатрический центр

Использование высокоинтенсивного излучения полупроводникового лазера с длиной волны 940 нм в урологии обусловлено несколькими факторами:

- Возможность легко изменять интенсивность воздействия
- Использование с любым эндоскопическим инструментом
- Заживление ран без грубого рубцевания и образования стриктур
- Одновременное достижение поверхностной абляции, коагуляции подлежащих тканей, гемостаза и фототермического воздействия вглубь тканей
- Асептичность

В нашей клинике широко используется полупроводниковый хирургический лазерный аппарат АЛПХ-01-«ДИОЛАН» в лечении таких заболеваний нижних мочевых путей у женщин как выпадение слизистой уретры и метаплазия слизистой мочевого пузыря при хроническом цистите.

Коагуляция выпадающей слизистой уретры излучением лазера АЛПХ-01-«ДИОЛАН» (длина волны 940 нм) мощностью 20 Вт была выполнена 80 пациенткам. Во всех случаях в послеоперационном периоде не отмечено каких-либо осложнений. Место коагуляции эпителизовалось без рубцевания в течение месяца.

С первых дней после операции пациентки отмечали урежение позывов к мочеиспусканию, уменьшение ноктурии, снижение императивности позывов. Отдаленные результаты влияния лазерной коагуляции выпадающей слизистой уретры на симптомы инконтиненции были оценены у 40 женщин в возрасте от 62 до 82 лет в сроки от 6 до 18 месяцев после операции.

23 пациентки (57%) отметили полное исчезновение императивных позывов и ургентной инконтиненции, 13 (32%) уменьшение симптомов, в 4 случаях (10%) динамика отсутствовала. Частота ночных мочеиспусканий сократилась в среднем в 2 раза с 2,4 до 1,2. 33 женщины (82%) отметили существенное увеличение временного интервала от возникновения позыва к мочеиспусканию до необходимости идти в туалет.

Можно предположить, что выпадающая слизистая, ущемляясь в наружном отверстии уретры, способствует возникновению частых, императивных позывов к мочеиспусканию, вплоть до ургентной инконтиненции. С другой стороны, лазерное фототермическое воздействие на слизистую наружного отверстия уретры, возможно, стимулирует сокращение уретральной мускулатуры и тормозит сократительную активность детрузора, что требует дальнейшего исследования.

В нашей клинике обследованы 34 женщины в возрасте от 22 до 72 лет (средний возраст 55 лет). Все пациентки страдали хроническим циститом более 2-х лет, предъявляли жалобы на периодическую дизурию, усиливающуюся при переохлаждении или при определенной фазе менструального цикла. У 25 пациенток (72%) наблюдались симптомы гиперактивного мочевого пузыря, вплоть до ургентной инконтиненции. Выраженная лейкоцитурия отмечена у 7 больных (21%). При бактериологическом исследовании мочи получены следующие результаты: 14 пациенток (41%) — роста нет; 3 пациентка (9%) — *E. coli*; 7 пациенток (21%) — *Enterococcus faecalis*; 5 пациенток (15%) — *Streptococcus* гр. В; 3 пациентки (9%) — *Pseudomonas aeruginosa*; 2 пациентки (6%) — *Klebsiella pneumoniae*.

При цистоскопии не было выявлено грубых воспалительных изменений в области дна, верхушки и стенок мочевого пузыря. В большинстве случаев (62%) обращала на себя внимание выраженная трабекулярность детрузора. В то же время слизистая шейки мочевого пузыря была «как снегом» покрыта белым налетом, четко отграниченным от нормальной, негиперемированной остальной слизистой. Гистологическое исследование таких участков показало признаки хронического, очагового, слабо выраженного цистита, с выраженной и распространенной реактивной плоскоклеточной метаплазией эпителия переходного типа, очаговым склерозом собственной пластинки слизистой оболочки.

Все обследованные больные ранее прошли неоднократные курсы антибактериальной, в том числе и этиотропной, терапии, инстилляций противовоспалительных препаратов. Эффективность лечения была слабой и кратковременной.

Всем пациенткам была выполнена лазерная фототермокоагуляция измененной слизистой шейки мочевого пузыря (длина волны 940 нм, мощность 25 Вт) эндоскопически, под внутривенной анестезией. Операции прошли без осложнений, в послеоперационном периоде не наблюдалось макрогематурии, не требовались катетеризация мочевого пузыря, антибактериальная терапия, обезболивание. Через несколько суток после операции отмечалось исчезновение дизурии, урежение позывов к мочеиспусканию, снижение их императивности, уменьшение ноктурии.

Через месяц происходит гладкая эпителизация слизистой шейки мочевого пузыря без рубцов, характерных для электрорезекции. Результаты лечения с цистоскопическим контролем прослежены в сроки от 3 до 18 месяцев у 18 больных (54%). У двух пациенток в течение года отмечены рецидивы заболевания, потребовавшие повторной операции. В остальных случаях отмечен стойкий положительный эффект, исчезновение имевшейся симптоматики, нормализация анализов мочи. Таким образом, при метаплазии слизистой шейки мочевого пузыря метод лазерной фототермокоагуляции может быть с успехом использован в комплексном лечении хронического цистита у женщин.