

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Цынкаловский О. Р., Вик-Мо А, Ферейра С, Лярум О. Д, Фьюсо А. Использование проточной цитометрии для определения кроветворных стволовых клеток рыб *Danio rerio* // Российский иммунологический журнал. – 2008. – Т. 2 (11), № 2-3. – С. 116
- 2 Сафаров Ш.А. Современные подходы к лечению острого эпидидимоорхита: дисс. ... канд. мед. наук. – Москва, 2007
- 3 Цынкаловский О.Р., Зайденов В.А, Пахотных А.С., Андрианов В.А. Использование «side population» для выделения стволовых клеток в нормальных и опухолевых тканях // Медицинская иммунология. – 2008. – Т. 10, №4-5. – С. 319-326
- 4 Сафонов И.А., Коршунов А.В., Хлебов О.П. Острый эпидидимит в послеоперационном периоде у больных доброкачественной гиперплазией простаты // Всероссийское научное общество урологов. Пленум: Материалы. – Киров, 2000. – С. 220
- 5 Цынкаловский О.Р., Розенлюнд Б., Сотерн Р.Б., Лярум О.Д. Изменение экспрессии *mBmal1*, контролирующего циркадные ритмы, в кроветворных клетках костного мозга мышей происходит неритмично // Аллергология и иммунология. – 2008. – Т.9, № 3. – С. 258
- 6 Насникова И.Ю., Маркина Н.Ю., Кислякова М.В., Милехин А.П., Алферов С.М. Ультразвуковая диагностика заболеваний мошонки // Медицинская визуал. – 2005. – №6. – С. 95-103
- 7 Цынкаловский О. Р., Розенлюнд Б., Эйкен Х.Г., Лярум О.Д. Разработка методики оценки экспрессии циркадных генов, контролирующих суточные ритмы кроветворения, в стволовых клетках костного мозга // Аллергология и иммунология. – 2008 – Т.9, №1. – С. 4

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

**М.К. АЛШЫНБАЕВ, У.Ш. МЕДЕУБЕКОВ,
С.М. ҚҰСЫМЖАНОВ, А.К. БУЙРАШЕВ,
Б.Г. ТОКТАБАЯНОВ**

Б.У. Жарбосынов атындағы Урология ғылыми орталығы, Алматы қ.

ТӘЖІРІБЕДЕГІ АЙРЫҚША ЕМЕС ОРХОЭПИДИДИМИТ КЕЗІНДЕ ДІҢГЕКТІ ЖАСУШАЛАРДЫ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИЯЛАУДЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

Атабездің және қосалқысының жіті қабынуы (орхоэпидидимит) аса жиі урологиялық аурулардың бірі. Ерлердің 27% астамы өмір бойына эпидидимоорхитке шалдығады.

Зерттеу мақсаты ұрпақты болу функциялары бұзылған созылмалы айрықша емес орхоэпидидимит кезінде тәжірибелік жануарлардың жыныс бездері паренхимасына саралы емес діңгекті жасушаларды

ауыстырып қондырғаннан кейінгі атабез тінінің қайта туындату мүмкіндігін зерделеу. Осы жұмыстың негізіне салмағы 4-5 кг 60 тұқымсыз үй қояндарын бақылау талдамасы алынған. Жұмыс барысында барлық жануарларға ұма органдарын ультрадыбыстық зерттеу, ұма органдарының биоптаттарын гистоморфологиялық зерттеу жүргізілді. Созылмалы орхоэпидидимиттің бар екендігі гистоморфологиялық расталғаннан кейін зертханалық жануарлардың сүйек кемігі алынды, оны созылмалы айрықша емес орхоэпидидимиттің анық белгілер бар атабез паренхимасына бірнеше нүктемен енгізілді. Аутологиялық моноукларлық жасушаларды атабез паренхимасына ауыстырылып қондырылғаннан кейін препараттарды гистоморфологиялық зерттеу нәтижелері аталған емдеу әдісінің оң әсерін дәлелдеді.

Негізгі сөздер: орхоэпидидимит, бағаналық жасушалар, ультрадыбыстық зерттеу, гистоморфологиялық зерттеу.

S U M M A R Y

**M.K. ALCHINBAEV, U.Sh. MEDEUBEKOV,
S.M. KUSYMZHANOV, A.K. BUYRASHEV,
B.G.TOKTABAYANOV**

Scientific Center of Urology n. a. B.U. Dzharbussinov, Almaty c.

THE RESULTS OF THE ALLOGRAFT STEM CELLS IN NONSPECIFIC ORCHIEPIDIDYMITIS IN THE EXPERIMENT

An acute inflammation of the testis and epididymis (orchiepididymitis) is the one of the most common urological diseases. Over 27% of men suffer lifelong orchiepididymitis.

The purpose of the study was to research the regenerative capacity of the testicular tissue after the transplantation of undifferentiated stem cells in the parenchyma of the sex glands in experimental animals with the chronic nonspecific orchiepididymitis with impaired reproductive function. In the basis of this work is put the analysis of the observations for 60 purebred rabbits weighing 4-5 kg. In the work duration, in all animals were both ultrasound of the scrotum and the morphology study of biopsies of the scrotum conducted. After the histomorphological confirmation of the presence of the chronic orchiepididymitis was made the bone marrow fence in laboratory animals, which were injected at several points of the testicular parenchyma with the reliable signs of the chronic nonspecific orchiepididymitis. The results of the histomorphological samples study after the transplantation of the autologous mononuclear cells in the testicular parenchyma have showed the positive effects of this treatment.

Key words: orchiepididymitis, stem cells, ultrasound, morphology study.

УДК 616.62-002.2-289

**М.А. МАЛИХ, У.Ш. МЕДЕУБЕКОВ, А.И. КАИМБАЕВ, С.А. РОМАНОВА,
Ж.Е. КУАНШАЛИЕВА, Г. АБДИЕВ**

Научный центр урологии им. Б.У. Джарбусынова, г. Алматы

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЛЕЙКОПЛАКИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Лейкоплакия мочевого пузыря – заболевание, имеющее тенденцию к увеличению, встречающееся в основном у женщин трудоспособного возраста, перенесших различные формы цистита. Существуют различные методы эндоскопического лечения данного заболевания. До настоящего времени в основном производилась коагуляция лейкоплакии, но, учитывая развитие современных технологий на данном этапе, применяется плазменная вапоризация.

Ключевые слова: лейкоплакия мочевого пузыря, хирургическое лечение, эндоскопические технологии, плазменная вапоризация.

В последние годы отмечается неуклонный рост числа пациенток с различными формами дизурии. Стойкие расстройства мочеиспускания у женщин являются частыми проявлениями хронических воспалительных процессов нижних мочевых путей [1]. Особого внимания заслуживает увеличение количества больных с сохраняющимися расстройствами мочеиспускания, несмотря на нормализацию анализов мочи и прекращение бактериурии [2].

При цистоскопии и биопсии измененной слизистой мочевого пузыря у пациенток, страдающих хроническим циститом, по данным разных авторов, в 56-82% случаев выявляется плоскоклеточная метаплазия эпителия с различной степенью ороговения, представленная очагами белесоватого налета, четко отграниченными от неизменной слизистой (А.М. Романенко, 1985; И.А. Клименко, 1986; А.Ф. Возианов и соавт., 1994; О.Б. Лоран и соавт., 2008) [1, 3, 4]. Клиницисты объединяют все формы плоскоклеточной метаплазии эпителия термином «лейкоплакия». Точной статистики распространенности и заболеваемости лейкоплакией мочевого пузыря не существует.

В свете современных исследований лейкоплакия представляет собой патологический процесс, который характеризуется нарушением основных функций многослойного плоского эпителия: отсутствием гликогенобразования и возникновением ороговения, которые в норме отсутствуют [А.М. Романенко, 1985; И.А. Клименко, 1986; Д.Г. Курбатов, 1999; A. Lopez-Beltran, 2002; P. Steven Petrou, 2003; K.W. Pinkstaff et al., 2003]. Исторически в качестве причин развития плоскоклеточной метаплазии рассматривались дефекты эмбрионального развития слизистой мочевого пузыря, роль специфической инфекции (туберкулеза, сифилиса), гиповитаминоз витамина А. В последнее время наиболее вероятными теориями происхождения лейкоплакии мочевого пузыря являются воспалительная, гормональный дисбаланс (влияние эстрогенов) [5], результат термического, химического воздействия; нарушение микроциркуляции в стенке мочевого пузыря [6, 7], а также разрушение нормального гликозаминогликанового слоя уротелия под воздействием урогенитальной инфекции (*Ch. trachomatis*, *U. urealiticum*, *N. gonorrhoeae*, *M. genitalium*, *Tr. vaginalis*, *Herpes simplex I, II*) [1, 5, 8].

Наиболее спорным и принципиально важным остается вопрос о принадлежности лейкоплакии слизистой оболочки мочевого пузыря к предраку. Одни авторы считают, что лейкоплакия не склонна к малигнизации (Д.И. Головин, 1982; И.А. Клименко, 1986; В.Н. Прилепская, 2003). Другие полагают, что она может трансформироваться в рак, поэтому больные с лейкоплакией нуждаются в тщательном длительном наблюдении (R. Benson и соавт., 1982; А.М. Романенко, 1985; И.А. Клименко, 1986; A. Staack, 2006, H. Schlechte et al., 2006).

Клиническими проявлениями лейкоплакии мочевого пузыря являются стойкая дизурия, императивные позывы к мочеиспусканию, поллакиурия и хроническая уретральная боль в сочетании или изолированно с хронической тазовой болью. Выявлено, что при цистоскопии у 63,6-100% пациенток со стойкой дизурией, хронической тазовой болью обнаруживается плоскоклеточная метаплазия эпителия слизистой оболочки мочевого пузыря, локализованная в шейке мочевого пузыря и мочепузырном треугольнике (F.C. Burkhard, N. Blick, U.E. Studer, 2004).

Лейкоплакия мочевого пузыря – хроническое заболевание, при котором клетки переходного эпителия, выстилающие полость мочевого пузыря, замещаются клетками плоского эпителия.

Возникают участки, покрытые ороговевающим эпителием, который, в отличие от переходного, не защищает стенки мочевого пузыря от активного воздействия компонентов мочи, что вызывает хроническое воспаление. Лейкоплакия мочевого пузыря является также предраковым состоянием, а это значит, что в отсутствие качественного лечения способна переродиться в рак.

Заболевание встречается у женщин гораздо чаще, чем у мужчин, благодаря особенностям строения женского мочеиспускательного канала, из-за чего мочевого пузыря более доступен для инфекции, которая, как выяснилось, играет ведущую роль в возникновении лейкоплакии мочевого пузыря. В настоящее время проводятся как экспериментальные, так и клинические исследования по изучению возможностей использования средств квантовой электроники для диагностики, профилактики и лечения урогинекологических заболеваний. Эти возможности определяются в целом *b*-свойствами лазерного излучения и его биологическими эффектами, реализуемыми в тканях организма.

Под внутривенной или спинномозговой анестезией проводится плазменная вапоризация (ПВ) участка лейкоплакии с помощью резектоскопа фирмы «Олимпус», в биполярном режиме с использованием физиологического раствора (9%). В результате ПВ наступает полное выпаривание участка лейкоплакии мочевого пузыря (ЛМП), с хорошей коагуляцией сосудов, без образования струпа. В результате этого сокращаются послеоперационная катетеризация мочевого пузыря, послеоперационный период ведения больного, наступает более быстрое восстановление трудоспособности больного и меньший процент рецидивов.

До настоящего времени не существует алгоритма диагностики лейкоплакии мочевого пузыря. Не разработана 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, требующие разрешения. Плазменная вапоризация впервые используется как метод выбора эндоскопического лечения ЛМП, будет доказана высокая эффективность ПВ в лечении ЛМП.

Будет создана последовательная схема диагностики и лечения ЛМП, а также разработана оптимальная схема реабилитации больных. Предполагаемые научные результаты имеют характер фундаментальных знаний с последующим практическим применением в урологии.

Совершенствование эндоскопических технологий, применение новых принципов коагуляции измененных тканей позволяют расширить варианты методов лечения лейкоплакии мочевого пузыря. Метод бесконтактной аргоноплазменной коагуляции в последнее время все шире используется хирургами различных специальностей для девитализации поверхностных патологических процессов и остановки капиллярных кровотечений. Однако применение этого метода в эндоурологических вмешательствах пока не изучено.

Основным принципом действия АПК является термическое воздействие тока высокой частоты, подаваемого на ткань с помощью потока ионизированной аргоновой плазмы. Аппаратура для АПК включает источник газа аргона и источник тока высокой частоты. Гибкий зонд-аппликатор сконструирован таким образом, что в канал подачи аргона вмонтирован высокочастотный электрод. При определенном уровне высокочастотного напряжения и достаточно малом расстоянии от тканей

в потоке аргона образуется электропроводящая плазма (аргоноплазменная дуга). В этом случае между зондом-аппликатором и тканью начинает протекать высокочастотный ток, вызывающий коагуляцию тканей за счет их нагрева. Глубина коагуляции зависит от длительности воздействия, режима аппарата и установленной мощности. В соответствии с физическими условиями процесса струя плазмы автоматически направляется от коагулированных участков к измененным или кровоточащим тканевым зонам в пределах диапазона аппликации, где имеется наименьшее сопротивление току. Благодаря этому достигается равномерная, автоматически ограничиваемая коагуляция как по глубине, так и по плоскости. Аргоноплазменная коагуляция позволяет удалять измененную слизистую оболочку мочевого пузыря, не травмируя более глубокие слои стенки и не затрагивая собственную пластинку и мышечный слой. Нагревание ткани, очаг гипертермии в лейкоплакической бляшке способствуют не только удалению измененного эпителия, но и гибели патогенных микроорганизмов в субэпителиальных слоях.

Под общей анестезией после обработки наружных половых органов растворами антисептиков в мочевой пузырь вводится универсальный уретроскоп. Мочевой пузырь наполняется 5% раствором глюкозы объемом 150-250 мл. В рабочий канал цистоскопа устанавливается электрод электрохирургического скальпеля «Электропульс С-350 РЧ». Применялся искровой режим коагуляции, торцевой или боковой поток газа. Электрод подводится к участку измененной слизистой мочевого пузыря. В режиме потока аргона 0,7-1,0 л/мин при параметрах искровой коагуляции 75-85 Вт током высокой частоты 440 кГц с частотой повторения импульсов 2080 кГц проводилась точечная коагуляция всей измененной поверхности длительностью до 2 секунд на каждую точку. Общая длительность операции находилась в прямой зависимости от площади измененной слизистой мочевого пузыря. После завершения коагуляции установка катетера в мочевой пузырь не требовалась. В послеоперационном периоде всем пациентам назначались антибиотикотерапия, симптоматическое лечение.

Особенностью аргоноплазменной коагуляции в жидкой среде является достижение девитализации измененной слизистой мочевого пузыря с контролируемой минимальной глубиной коагуляционной поверхности и адекватное купирование капиллярного кровотечения, что минимизирует риск интраоперационного кровотечения и исключает необходимость послеоперационного дренирования мочевого пузыря.

Отсутствие плотных межклеточных контактов в метаплазированном плоском эпителии слизистой мочевого пузыря, активное слушивание поверхностного слоя клеток приводят к проникновению мочи в подслизистый слой, раздражению рецепторов слизистого и подслизистого слоя, формируя частое и болезненное мочеиспускание. Уже в раннем послеоперационном периоде за счет деструкции функционально неполноценного метаплазированного эпителия и частичной денервации слизистой оболочки мочевого пузыря отмечаются увеличение среднеэффективного объема мочевого пузыря, урежение эпизодов мочеиспускания, уменьшение болевого симптома в надлонной области.

Формирование более глубокого слоя деструкции измененной слизистой путем резекции или коагуляции приводит к рубцовой деформации стенки мочевого пузыря в результате репаративных процессов и медленному восстановлению функции мочевого пузыря.

Формирование рыхлого коагулированного слоя измененной слизистой мочевого пузыря позволяет в более короткий срок полностью отторгнуться струпу и создать более благоприятные условия для эпителизации поверхности за счет относительно адекватного качества микроциркуляции зоны коагуляции. Это позволяет восстановить функциональность слизистой оболочки мочевого пузыря через 1,5 месяца после проведенного хирургического лечения и улучшить качество жизни пациенток с лейкоплакией мочевого пузыря.

Таким образом, применение плазменной вапоризации по данным современных исследователей является наиболее эффективным и оптимальным способом лечения лейкоплакии мочевого пузыря.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Лоран О.Б., Зайцев А.В., Годунов Б.Н., Каприн А.Д., Давидьянц А.А. // Урол. и нефрол. – 1997. – №6. – С. 7-14
- 2 Загребина О.С. Этиологическое значение *Ureaplasma urealyticum* в развитии воспалительных процессов половых и мочевых органов у женщин: дисс. ... канд. мед. наук – М., 2001. – С. 8-20, 130-136
- 3 Parsons C. Lowell. // *Contemp. urol.* – 2003. – Feb. – P. 22-31
- 4 Романенко А.М., Клименко И.А., Кудрявцев Ю.В., Хазан П.Л // *Consilium Medicum. Прил. Урология.* – 2002. – С. 5-9
- 5 Астапов А.И. Трансуретральная электровапоризация в комплексном лечении женщин, страдающих хроническим циститом: дисс. ... канд. мед. наук – М., 2003
- 6 Гвоздев М.Ю. Транспозиция дистального отдела уретры в оперативном лечении и сексуальной реабилитации женщин, страдающих хроническим циститом: дисс. ... канд. мед. наук – М., 2000. – С. 18
- 7 Страчунский Л.С., Рафальский В.В., Сехин С.В., Абрарова Э.Р // *Урология.* – 2002. – №2. – С. 8-14
- 8 Яковлев С.В. // *Consilium medicum.* – 2001. – Т.3, №7. – С. 300-306
- 9 Косова И.В. Роль урогенитальных инфекций в этиологии циститов и необструктивных пиелонефритов у женщин: дисс. ... канд. мед. наук – М., 2005
- 10 Burkhard FC, Blick N, Studer UE "Urinary urgency, and chronic urethral and/or pelvic pain in females. Can doxycycline help?" // *J Urology*, 2004
- 11 Patelli E, Mantovani F, Catanzaro M, Pisani E "Urgency-frequency syndrome in women: interstitial cystitis and correlated syndromes" // *Arch Ital Urol Androl.* – 1999; Dec; 71(5): 317-20
- 12 Смирнов Д.С. Особенности диагностики и лечения больных с лейкоплакией мочевого пузыря: авт. дисс. ... – СПб, 2007
- 13 Okamura K, Ito K, Suzuki Y, Shimoji T «Histological study»

Т Ў Ж Ы Р Ы М

М.А. МАЛИХ, У.Ш. МЕДЕУБЕКОВ, А.И. ҚАЙМБАЕВ, С.А. РОМАНОВА, Ж.Е. ҚУАНШАЛИЕВА, Г. ӘБДИЕВ
Б.У. Жарбосынов атындағы урология ғылыми орталығы, Алматы қ.

ҚҰЫҚТЫҢ ЛЕЙКОПЛАКИЯСЫН ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУДІҢ ЖАҢА ТӘСІЛДЕРІ

Құықтың лейкоплакиясы негізінен құық қабынуының (цистит) түрлі формаларымен ауырған еңбек жасындағы әйелдерде кездесетін, ұлғаю үрдісі бар ауру. Аталған ауруды эндоскопиялық емдеудің түрлі әдістері бар. Қазіргі кезге дейін негізінен лейкоплакияны коагуля-

циялау жүргізіліп келді, бірақ осы кезеңдегі заманауи технологиялардың дамуын ескере отырып, плазмалық вапоризациялау жүргізіледі.

Негізгі сөздер: Қуық лейкоплакиясы, хирургиялық емдеу, эндоскопиялық технологиялар, плазмалық вапоризация.

SUMMARY

M.A. MALEEH, U.Sh. MEDEUBEKOV, A.I. KAIMBAEV, S.A. ROMANOVA, J.E. KUANSHALIEVA, G. ABDIEV
Scientific Center of Urology n.a. B.U. Dzharbussinov, Almaty c.

THE NEW APPROACHES TO THE SURGICAL TREATMENT OF THE BLADDER LEUKOPLAKIA

The leukoplakia bladder disease has a tendency to increase, mostly found in women of working age who have suffered from the various forms of cystitis. There are the various methods of the endoscopic treatment of this disease present. Until now mainly conducted the coagulation of leukoplakia, but taking into account the development of modern technologies, at this stage the plasma vaporization applied.

Key words: leukoplakia bladder, surgery, endoscopic techniques, plasma vaporization.

УДК 616.62-002.289-089

М.К. АЛЧИНБАЕВ, М.А. МАЛИХ, У.Ш. МЕДЕУБЕКОВ, А.И. КАИМБАЕВ, С.А. РОМАНОВА

Научный центр урологии имени Б.У. Джарбусынова, г. Алматы

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛЕЙКОПЛАКИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Количество женщин, страдающих стойкой дизурией на фоне лейкоплакии мочевого пузыря, становится больше. В связи с этим выбор эффективного малоинвазивного метода лечения является актуальным на сегодняшний день. Трансуретральная коагуляция, трансуретральная плазменная вапоризация – современные способы лечения лейкоплакии мочевого пузыря.

Ключевые слова: лейкоплакия мочевого пузыря, трансуретральная коагуляция, трансуретральная плазменная вапоризация, хирургическое лечение, показатели уродинамики.

В последние годы отмечается неуклонный рост числа пациенток с различными формами дизурии. Стойкие расстройства мочеиспускания у женщин являются частыми проявлениями хронических воспалительных процессов нижних мочевых путей. Особого внимания заслуживает увеличение количества больных с сохраняющимися расстройствами мочеиспускания, несмотря на нормализацию анализов мочи и прекращение бактериурии [1, 2].

Хронический цистит охватывает в большинстве своем работоспособное население, может приводить к утрате трудоспособности и развитию неврозоподобного состояния, лишает женщин полноценного ночного сна и привычного образа жизни. Однако несоответствие клинических проявлений показателям объективного обследования зачастую является причиной выбора малоэффективных методов лечения [3, 4, 5].

При цистоскопии и биопсии измененной слизистой мочевого пузыря у пациенток, страдающих хроническим циститом, по данным разных авторов, в 56-82% случаев выявляется плоскоклеточная метаплазия эпителия с различной степенью ороговения, представленная очагами белесоватого налета, четко отграниченными от неизменной слизистой [6, 7, 8].

Цель исследования – дать сравнительную характеристику методам плазменной вапоризации и трансуретральной коагуляции у женщин со стойкой дизурией на фоне лейкоплакии мочевого пузыря.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 34 пациентки, у которых при цистоскопии была выявлена лейкоплакия мочевого пузыря. Средний возраст больных составил $38,31 \pm 12,4$ года (от 19 до 69 лет). В клинической картине пациенток преобладали симптомы дизурии, тянущая боль внизу живота, болезненные мочеиспускания,

поллакиурия, императивные позывы к мочеиспусканию, которые наблюдались от 2 до 10 лет. Диагноз был поставлен на основании данных цистоскопии, где в области шейки мочевого пузыря и мочепузырного треугольника определялся очаг беловатого налета, четко отграниченный от неизменной слизистой мочевого пузыря; подтвержден заключением гистологического исследования измененной слизистой мочевого пузыря, при котором выявлена плоскоклеточная метаплазия переходного эпителия.

Все пациентки были разделены нами на две группы. Первую группу составили 17 пациенток, которым производилась трансуретральная коагуляция (ТУК) измененных участков слизистой мочевого пузыря, вторую группу составили 17 пациенток, которым производилась трансуретральная плазменная вапоризация (ТУПВ) лейкоплакии мочевого пузыря.

Основными жалобами являлись затрудненное мочеиспускание (54%), чувство дискомфорта в надлобковой области (91%), боли и длительные спазмы после мочеиспускания (71%), учащенное мочеиспускание (94%), urgentное недержание мочи (54%), терминальная гематурия (16%) (табл. 1).

Таблица 1 – Основные жалобы пациенток с ЛМП

Жалобы	Количество	%
Затрудненное мочеиспускание	18	52,9
Дискомфорт в надлобковой области	31	91,2
Спазмы после мочеиспускания	24	70,6
Учащенное мочеиспускание	32	94,1
Ургентное недержание мочи	18	52,9
Терминальная гематурия	5	14,7