

УДК: 615.477.87:616-031.25]:616.62]-089

А. Н. Нечипоренко
Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С ТРАНСЛОКАЦИЕЙ ВНУТРИМАТОЧНОГО КОНТРАЦЕПТИВА В МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ

Введение

Одним из основных методов контрацепции во всем мире является установка внутриматочных контрацептивов. В современной зарубежной специальной литературе приводятся единичные клинические наблюдения пациенток с выявленной транслокацией ВМК в мочевой пузырь, толстую кишку, желудок, мочеточник [1, 2, 3].

Для извлечения расположенного вне матки ВМК используются различные методы хирургического лечения: открытые операции, лапароскопические, робот-ассистированные, трансуретральные, комбинированные [4].

Цель

В настоящем сообщении приводим 2 случая извлечения ВМК из мочевого пузыря в клинике урологии Гродненского государственного медицинского университета.

Материалы и методы исследования

Клинический случай 1.

Пациентка И., 35 лет, поступила в клинику урологии Гродненского государственного медицинского университета в 2023 г. с жалобами на ноющие боли в пояснице справа, периодическое повышение температуры тела до субфебрильных цифр, эпизоды ноющих болей над лоном, учащенного с резами мочеиспускания.

Указанные жалобы отмечает в течение 2 лет. После вторых родов через естественные родовые пути обратилась в женскую консультацию по месту жительства (2021 г.) с целью установки внутриматочного контрацептива, что и было выполнено. Однако пациентка отмечала сильные боли во время установки ВМК и выделение крови из половых путей в течение трех дней. При контрольном осмотре акушером-гинекологом ВМК обнаружен не был. Врачом была предположена «потеря» пациенткой ВМК, и установлен новый ВМК. Повторная установка ВМК прошла безболезненно и без выделения крови из влагалища.

Пациентке проведено рутинное урологическое обследование. В общем анализе мочи – лейкоциты 5–8 в поле зрения микроскопа; в посевах мочи роста микрофлоры не выявлено.

Обзорная и экскреторная урография: в проекции малого таза две высокоплотные линейные тени: 1-я – 3,0×28,5 мм на уровне нижней трети крестца, практически срединно; 2-я – 3,0×18,3 мм на 30 мм выше верхней ветви лобковой кости и на 55 мм левее срединной линии. На 7> обе почки выделяют контрастное вещество, чашечно-лоханочные системы несколько атоничны, мочеточники цистойдные.

Компьютерная томография таза, нативная: инородное тело частично металлической плотности вдоль левой стенки мочевого пузыря, с интравезикальным пролабированием, наличием конкремента 5 мм, не ограниченного от внутривезикальной части инородного тела.

Цистоскопия: на левой стенке в верхнем сегменте мочевого пузыря дополнительное тканевое образование до 10 мм в диаметре, покрытое слизистой, из которого в мочевой пузырь выступает округлое инородное тело, покрытое солями разного цвета.

Клинический диагноз: транслокация внутриматочного контрацептива в паравезикальное пространство, перфорация стенки мочевого пузыря плечом внутриматочного контрацептива с отложением мочевых солей на нем; рецидивирующий цистит.

Оперативное лечение: трансуретральная экстракция внутриматочного контрацептива. После извлечения ВМК кровотечения в просвет мочевого пузыря не было. ВМК извлечен полностью, без повреждений.

Пациентка осмотрена через 1 и 3 мес. Жалоб со стороны органов мочевой системы не предъявляет. Показатели общего анализа мочи в пределах референсных диапазонов. Контрольная цистоскопия через 3 мес. после удаления ВМК: небольшой рубец в зоне удаленного инородного тела.

Клинический случай 2.

Пациентка Ж., 42 лет, поступила в урологическое отделение клиники урологии Гродненского государственного медицинского университета в 2004 г. с жалобами на attacks цистита в течение 5 лет 4–5 раз в год.

Из анамнеза установлено, что в 1994 г. пациентке установлен ВМК. В течение 10 лет замена ВМК не производилась.

Пациентка обследована: анализы крови и мочи в пределах референсных диапазонов. При цистоскопии на задней стенке мочевого пузыря в среднем сегменте инородное тело в виде плеча «т»-образного ВМК.

Выполнено оперативное лечение, аналогичное описанному в клиническом случае 1. ВМК удален полностью, без повреждений последнего. Уретральный катетер извлечен на 4-е сут, и на 5-е сут пациентка выписана из стационара. Ранних и поздних послеоперационных осложнений не было.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно литературным данным и результатам собственных наблюдений пациенток с транслоцировавшими внутриматочными контрацептивами, основными жалобами являются: учащенное и болезненное мочеиспускание, патологические изменения в общем анализе мочи. Подтверждающим методом диагностики является цистоскопия.

Применение наименее травматичного и дешевого метода лечения – трансуретрального извлечения ВМК с помощью операционного цистоскопа и щипцов – явилось эффективным и не сопровождалось осложнениями.

С нашей точки зрения причиной транслокации ВМК в мочевой пузырь являются нарушения техники установки ВМК в полость матки, при которых частично или полностью перфорируется стенка шейки, перешейка или тела матки.

Заключение

1. Одним из осложнений установки ВМК является перфорация матки с расположением всего ВМК или его части за пределами полости матки, что может привести к транслокации части ВМК в полость мочевого пузыря.

2. Экстракция ВМК трансуретрально с использованием операционного цистоскопа и щипцов технически не сложна и не сопровождается интраоперационными, ранними или поздними послеоперационными осложнениями.

3. Пациенткам с установленным ВМК и частыми атаками острого цистита необходимо выполнять цистоскопию с целью исключения перфорации мочевого пузыря внутриматочным контрацептивом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Intrauterine devices migrated into the bladder: two case reports and literature review / G. Liu [et al.] // BMC Womens Health. – 2021. – Vol. 21, № 1. – P. 301. doi: 10.1186/s12905-021-01443-w
2. Давидов, М. И. Инородное тело мочевого пузыря – внутриматочный контрацептив / М. И. Давидов, А. А. Лядов // Урология. – 2021. – № 2. – С. 82–85. doi: 10.18565/urology.2021.2.82-85
3. Sabbahi, R. A. A 47-Year-Old Woman with Gastric Transmigration of an Intrauterine Contraceptive Device Managed by Laparoscopic Wedge Gastric Resection / R. A. Sabbahi, E. S. Battyah, A. A. Sabbahi // Am J Case Rep. – 2021. – Vol. 22. – P. e929469. doi: 10.12659/AJCR.929469
4. Akhtar, O.S. Migrated Intravesical Intrauterine Contraceptive Devices: A Case Series and a Suggested Algorithm for Management / O. S. Akhtar, S. Rasool, S. S. Nazir // Cureus. – 2021. – Vol. 13, № 1. – P. e12987. doi: 10.7759/cureus.12987

УДК 616.6-022:618.3-06]-036

А. Н. Нечипоренко¹, Л. С. Бут-Гусаим², Н. А. Нечипоренко¹, Д. Л. Середич³

¹Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»

г. Гродно, Республика Беларусь

³Учреждение здравоохранения

«Пинская центральная поликлиника», филиал «Городская поликлиника № 1»

г. Пинск, Республика Беларусь

АСИМПТОМНАЯ БАКТЕРИУРИЯ БЕРЕМЕННЫХ: ВЫБОР ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ

Асимптомная бактериурия (АСБ) определяется как «...наличие одного или более видов бактерий, растущих в моче с указанным количеством $\geq 10^5$ КОЕ/мл, независимо от наличия пиурии, при отсутствии признаков и клинических симптомов, присущих инфекции мочевых путей (ИМП)» [1].

Установлено, что АСБ у не беременных женщин не вызывает заболеваний почек или их повреждения и может даже защищать от суперинфекции вирулентными уропатогенами, поэтому лечение АСБ рекомендуется проводить только в случае доказанной пользы для пациента, чтобы избежать риска селекции резистентных микроорганизмов [2].

Иначе следует относиться к АСБ у беременных женщин, поскольку АСБ у беременных может быть предиктором развития как акушерских осложнений (преждевременные роды, гестоз, задержка внутриутробного развития плода, септические осложнения в родах), так и манифестных форм заболеваний органов мочевой системы (острый цистит, острый пиелонефрит). Асимптомная бактериурия выявляется у 2,5–26% беременных традиционным посевом мочи на микрофлору.

Наблюдения показывают, что у 30–80% беременных с нелеченной АСБ развивается острый пиелонефрит [3, 4].

Вышеприведенные сведения об АСБ у беременных в настоящее время позволяют оценивать это состояние как патологическое, несущее в себе реальную опасность раз-