

УДК 616.62:615.256.3

3.1.4 Акушерство и гинекология 3.1.4 Урология и андрология

DOI: 10.37903/vsgma.2022.3.12 EDN: EYYVBJ

ВНУТРИМАТОЧНЫЙ КОНТРАЦЕПТИВ КАК ПРИЧИНА ПУЗЫРНО-МАТОЧНОГО СВИЩА**© Гринёв А.В., Сафонов Д.В., Николаев С.И.***Смоленский государственный медицинский университет. Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28**Резюме*

Цель. Изучение причины миграции внутриматочного контрацептива в мочевой пузырь на примере рассмотренного клинического наблюдения.

Методика. Инородное тело мочевого пузыря вызывает боли над лоном, дизурию, гематурию, иногда перфорации мочевого пузыря. Особый интерес вызывают ятрогенные тела мочевого пузыря, связанные с миграцией внутриматочных контрацептивов (ВМК) в стенку и полость мочевого пузыря. Для уточнения диагноза выполнены: ультразвуковое исследование почек, мультиспиральная компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Выявлен двусторонний гидронефроз на фоне почечной недостаточности. Выполнено МРТ органов малого таза. Выявлена опухоль шейки матки с вовлечением в процесс тела матки и левого мочеточника.

Результаты. Для дренирования почки выполнена перкутанная нефростомия справа. При цистоскопии выявлено инородное тело - ВМК, который был удалён.

Заключение. Причиной недержания мочи явился пузырно-маточный свищ, возникший вследствие миграции внутриматочного контрацептива. Лучевая терапия, проведенная по поводу рака шейки матки, явилась предрасполагающим фактором, приведшим к данному состоянию.

Ключевые слова: недержание мочи, пузырно-маточный свищ, лучевая терапия, рак шейки матки

INTRAUTERINE CONTRACEPTIVE DEVICE AS A REASON OF UTEROVESICAL FISTULA**Grinev A.V., Safonov D.V., Nikolaev S.I.***Smolensk State Medical University, 28, Krupskoj St., 214019, Smolensk, Russia**Abstract*

Objective. To study reasons of dislocation of intrauterine contraceptive device through bladder wall on the example of the clinic observation we considered.

Methods. Foreign body of urinary bladder evokes pain on the pubic, hematuria, dysuria, sometimes perforation wall of urinary bladder. Iatrogenic bodies of urinary bladder, which dislocation from uterus cavity through the wall to bladder cavity, cause much interest. To clarify the diagnosis we performed endoscopic examination of urinary bladder, ultrasound examination of kidney and multislice computer tomography of the abdominal cavity and retroperitoneal space. Bilateral hydronephrosis and renal insufficiency was revealed. We performed MR-tomography of small pelvis. Tumor of neck uterus involving body uterus and left ureter was revealed.

Results. Percutaneous paracentetic nephrostomy was performed for correction by hydronephrosis. Foreign body of urinary bladder was revealed by endoscopic examination.

Foreign body of urinary bladder was taken out during transurethral endoscopic examination. It was intrauterine contraceptive device.

Conclusion. The reason of incontinence was uterovesical fistula on account of dislocation intrauterine contraceptive device through the urinary bladder wall. X-ray therapy treating neck of the uterus tumor was predispositive factor resulting to this status.

Keywords: incontinence, uterovesical fistula, X-ray therapy, neck of the uterus tumor

Введение

Любые формы нарушения мочеиспускания резко снижают качество жизни, создают психологические проблемы, что может привести к разрушению семейных, рабочих связей, к социальной изоляции. Расстройства мочеиспускания, не угрожая жизни больных, вызывают тяжёлые физические и моральные страдания, обусловленные глубокой психической травмой, сексуальным конфликтом, развитием невроза и неврастении. Однако, наибольшие проблемы для пациентов создаёт недержание мочи. Недержание мочи – это состояние, при котором происходит непроизвольное выделение мочи, которое может быть выявлено визуально [2]. Недержание мочи остаётся актуальной проблемой в современной медицинской практике. Хорошо изучены факторы риска развития инконтиненции, что позволяет начать профилактику до развития симптомов. Недостаточная осведомлённость специалистов первичного звена не позволяет сформировать правильное отношение к болезни, а также оказать специализированную помощь [6]. Недержание мочи может быть подразделено на истинное и ложное. Ложное недержание мочи – непроизвольное выделение мочи без позывов на мочеиспускание. Оно может быть связано с врождёнными дефектами мочеточника, мочевого пузыря или мочеиспускательного канала. Приобретённые дефекты, ведущие к ложному недержанию мочи, как правило, связаны с травмой, в результате которой нарушается целостность мочевыводящих путей с последующим образованием мочевого свища, открывающихся на кожу, во влагалище или прямую кишку [1].

Цель – изучить причины миграции внутриматочного контрацептива в мочевой пузырь на примере рассмотренного клинического наблюдения.

Методика

Основной симптом пузырно-генитальных свищей – непроизвольное подтекание мочи из влагалища. По мере прогрессирования заболевания часто появляются жалобы на боли в области мочевого пузыря или влагалища. Они объясняются отложением мочевого камня в зоне свища. Обследование больной проводилось по следующей схеме: сбор анамнез и гинекологический осмотр; цистоскопия; УЗИ почек. Так же была проведена мультиспиральная компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с болюсным контрастированием. Мультиспиральная компьютерная томография выполнялась в два этапа. На первом этапе осуществляли сканирование брюшной полости и забрюшинного пространства. Поле обзора планировали от диафрагмы до лонного сочленения. На втором этапе проводили болюсное контрастное усиление с применением контрастного препарата с содержанием йода не менее 350 мг/мл. Контрастирующий агент вводили с помощью автоматического шприца-инъектора со скоростью 4-4,5 мл/сек. При контрастном исследовании изучали три фазы: кортико-медуллярную (артериальную); нефрографическую (паренхиматозную); экскреторную.

Магнитно-резонансная томография малого таза выполнялась в Ax, Sag, Cor проекциях. Импульсные последовательности SET1, T2 ВИ, T2 FS, DW1 (b = 0,800). Контрастное усиление не проводилось.

Описание клинического случая

В урологическую клинику СГМУ (урологическое отделение Смоленской областной клинической больницы) 23 января 2022 года поступила больная Т., 67 лет, с диагнозом: Обострение хронического цистита. Тотальное недержание мочи. Двусторонний гидронефроз.

На момент поступления больная предъявляла жалобы на частые и болезненные позывы на мочеиспускание, практически тотальное недержание мочи. Из анамнеза известно: подобные жалобы отмечает у себя в течение 2 месяцев. Около 30 лет тому назад у больной был диагностирован рак шейки матки, по поводу чего проводилась лучевая терапия. На момент проведения лучевой терапии в матке находилась внутриматочный контрацептив. При объективном обследовании: живот увеличен за счёт подкожной жировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого определяется слева. При цистоскопии – ёмкость мочевого пузыря уменьшена до 80 мл. Слизистая оболочка гиперемирована, во многих местах инкрустирована солями. Ввиду малой ёмкости мочевого

пузыря и невозможности пациентки удерживать жидкость в мочевом пузыре более детальное исследование выполнить не удалось.

Выполнено УЗИ почек: правая почка – размеры: 124×71 мм; толщина паренхимы – 14 мм; лоханка – 32 мм; чашечки – 17 мм. Камней и объёмных образований нет. Левая почка – размеры: 110×50 мм; толщина паренхимы – 6 мм; лоханка – 32 мм; чашечки – 22 мм. Камней и объёмных образований нет.

Учитывая наличие двустороннего гидронефроза и повышение уровня креатинина крови до 212 мкмоль/л, 19.01.2022 пациентке выполнена чрескожная пункционная нефростомия справа. В последующем на фоне улучшения показателей азотистого обмена 26.01.2022 выполнена операция: трансуретральная цистолитэкстракция, удаление инородного тела (ВМК) из мочевого пузыря.

В последующем для верификации причины гидронефроза и выявления возможного прогресса рака шейки матки была выполнена мультиспиральная компьютерная томография органов брюшной полости и малого таза с болюсным контрастированием. По результатам обследования выявлено, что обе почки имеют нормальное положение и размеры. Почечная паренхима справа нормальной толщины и структуры. Слева – неравномерно истончена; пониженной плотности. Чашечно-лоханочная система слева расширена, значительно деформирована. Левый мочеточник на всём протяжении расширен до 10-20-30 мм. Мочевой пузырь чётко не дифференцируется. 4.03.2022 выполнена МРТ малого таза: шейка матки деформирована. В её проекции на фоне фиброза выявляется малоструктурный инфильтрат размерами 24×17×18 мм, тотально обтурирующий цервикальный канал и полость матки с инфильтрацией миометрия нижней трети матки. Левый мочеточник расширен до 12 мм, компримирован инфильтратом.

Обсуждение клинического случая

Особенности формирования и клинического течения мочепузырных свищей зависят в первую очередь от причин их возникновения. В зависимости от этиологии свищи можно разделить на две группы: травматические и воспалительные. Травматические пузырно-генитальные свищи, формирующиеся после акушерских и гинекологических операций, обусловлены тяжестью самой патологии и, следовательно, сложностью хирургического пособия. Пузырно-генитальные свищи воспалительной этиологии возникают вследствие гнойно-воспалительного процесса в малом тазу [3].

Отдельную группу составляют постлучевые свищи, возникающие вследствие проведенной лучевой терапии по поводу онкологических заболеваний органов малого таза. Лучевой патоморфоз характеризуется расстройством микроциркуляции в облучённых тканях, что является предрасполагающим фактором развития патологического соустья [4]. По результатам метаанализа 40,54% свищей являются следствием хирургического вмешательства; 58,91% – имеют постлучевой характер [7]. Несмотря на то, что урогенитальные свищи наиболее успешно лечатся хирургическим путём, некоторые вопросы остаются до конца не изученными. Это касается факторов риска рецидива свищей и функционального состояния нижних мочевых путей после восстановления свищей. По результатам исследования можно сделать вывод, что факторами риска рецидивирования свища является: размер свища (более 3 см); предыдущие вагинальные операции и облучение органов малого таза [8]. Оптимизация вышеуказанных факторов может положительно влиять на результаты хирургического закрытия фистулы путём улучшения трофики тканей, снижения воспалительной инфильтрации, а также адаптации уротелиального слоя к лучшим условиям регенерации [5].

Нарушения функций нижних мочевых путей предрасполагают к появлению у пациентов других проблем со здоровьем, вносят свой вклад в развитие депрессии и социальную изоляцию, служат причиной существенного сокращения активности пациента. Модель патогенеза может быть представлена следующим образом: психотравмирующий фактор (стресс в связи с постоянным подтеканием мочи) разной степени выраженности в совокупности с психосексуальными особенностями каждой отдельной женщины вызывают психоневрологические симптомы, в большей части случаев по психосоматическому типу. Нетрудно представить, что такое состояние служит причиной частых конфликтов в отношениях и семье, что в итоге приводит к социальной изоляции женщины, следствием которого оказывается физическая обособленность от общества [6]. Основным симптом мочепузырно-генитальных свищей – непроизвольное подтекание мочи из влагалища. Этот симптом постоянен, хотя время его появления зависит от этиологических факторов. Так, если свищ возникает в результате травмы, то подтекание мочи начинается в первые дни после операции. А при трофических изменениях стенки мочевого пузыря оно бывает

отсроченным и зависит от характера и распространённости патологического процесса. Боль и зуд во влагалище – это результат постоянного воздействия мочи на слизистую оболочку, раздражения и инфицирования последней и, как следствие, развитие кольпита. Третий постоянный симптом пузырно-генитальных свищей – различные неврологические расстройства – от сравнительно небольшой невралгии, до выраженных психозов, причина которых как в самой патологии, так и в социальных аспектах этого тяжёлого страдания [3].

Лечение больных со сложными мочевыми свищами до настоящего времени остаётся крайне трудной задачей и осуществляется только оперативными методами. К сложным свищам принято относить постлучевые свищи; рецидивные свищи; свищи гигантских размеров; свищи с вовлечением кишечника. Не подлежат оперативному лечению только больные с рецидивом раковой опухоли [4]. В рассмотренном клиническом случае у пациентки свищ носил постлучевую природу. Так же у неё был диагностирован рецидив рака шейки матки. Ввиду чего хирургической коррекции свища она не подлежала.

Что явилось причиной образования пузырно-маточного свища? Лучевая терапия, проведенная по поводу рака шейки матки, могла явиться причиной образования патологического соустья между мочевым пузырём и маткой. А длительное нахождение в полости матки внутриматочного контрацептива поддерживало воспалительный процесс, что так же нарушало трофику тканей и способствовало развитию данного осложнения. Рецидив рака шейки матки вызвал компрессию обоих мочеточников, с последующим развитием двустороннего гидронефроза и хронической почечной недостаточности.

Заключение

Недержание мочи, по поводу чего пациентка обратилась к врачу, послужило поводом для углублённого обследования, что позволило диагностировать рецидив рака шейки матки. Наличие внутриматочного контрацептива явилось предрасполагающим фактором развития пузырно-маточного свища на фоне проведенной лучевой терапии по поводу рака шейки матки.

Литература (references)

1. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Гаджиева З.К. Расстройства мочеиспускания. – М: Литтера, 2006. – 207 с. [Aliaev Y.G., Grigogian V.A., Gadzhieva Z.K. *Rassstroystva mocheispuskaniya*. Derangements of urination. – Moscow: Littera, 2006. – 207 p. (in Russian)]
2. Давидов М.И., Лядов А.А. Инородное тело мочевого пузыря – внутриматочный контрацептив // Урология. – 2021. – №2. – С. 82-85. [Davidov M.I., Lyadov A.A. *Urologiia*. Urology. – 2021. – №2. – С. 82-85 (in Russian)]
3. Краснопольский В.И. Буянова С.Н. Генитальные свищи. – М: Медицина, 1994. – 220 с. [Krasnopolskiy V.I., Buyanova S.N. *Genitalnie svishi*. Genital fistulas. – Moscow: Medicina, 1994. – 220 p. (in Russian)]
4. Лоран О.Б., Синякова Л.А., Серёгин А.В., Твердохлебов Н.Е. Оперативное лечение больных со сложными мочевыми свищами // Урология. – 2010. – №5. – С.76-79. [Loran O.B., Siniakova L.A., Seriojin A.V., Tverdochlebov N.E. *Urologiia*. Urology. – 2010. – №5. – С. 76-79. (in Russian)]
5. Медведев В.Л., Опольский А.М., Горбань Н.А., Коган М.И. Морфологический анализ структуры парасвищевых тканей у пациенток с пузырно-влагалищными свищами при местном внутритканевом применении аутоплазмы, обогащённой тромбоцитами // Урология. – 2021. – №1. – С. 21-27. [Medvedev V.L., Opolskiy A.M., Gorban N.A., Kogan M.I. *Urologiia*. Urology. – 2021. – №1. – С. 21-27. (in Russian)]
6. Сазонов Н.А., Киселёва М.Г., Гаджиева З.К., Гвоздев М.Ю. Недержание мочи у женщин и его влияние на качество жизни // Урология. – 2022. – №2. – С. 136-139. [Sazonov N.A., Kiseleva M.G., Gsdzhieva Z.K., Gvozdev M.Yu. *Urologiia*. Urology. – 2022. – №1. – С. 21-27. (in Russian)]
7. Тихонова Л.В., Касян Г.Р., Пушкарь Д.Ю., Григорьев Н.А. Систематический обзор современной русскоязычной литературы по урогенитальным свищам у женщин // Урология. – 2020. – №6 – С. 137-141. [Tikhonova L.V., Kasyan G.R., Pushkar D.Yu., Grigoriev N.A. *Urologiia*. Urology. – 2020. – №6. – С. 137-141. (in Russian)]
8. Тихонова Л.В., Касян Г.Р., Строганов Р.В. и др. Диагностические номограммы в лечении урогенитальных свищей // Урология. – 2021. – №1. – С. 13-20 [Tikhonova L.V., Kasyan G.R., Stroganov A.V.i dr. *Urologiia*. Urology. – 2021. – №1. – С. 13-20. (in Russian)]

Информация об авторах

Гринёв Андрей Викторович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой урологии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: grinev_av@mail.ru

Сафонов Дмитрий Владимирович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: Safonovdm66@mail.ru

Николаев Сергей Иванович – кандидат медицинских наук, доцент ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: nikolsi@list.ru

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.