



В.М. Субботин, М.И. Давидов

Государственная медицинская академия, Пермь

РЕДКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

■ Приведены два редких наблюдения осложнений внутриматочной контрацепции. У 53-летней пациентки спираль типа Липпса находилась в брюшной полости 19-ти лет и случайно обнаружена во время холецистэктомии. У другой больной с 6-летним пребыванием Т-образного контрацептива в матке возникли трофические изменения стенки матки с миграцией контрацептива в стенку и полость мочевого пузыря. Выполнена операция — лапаротомия, цистотомия с извлечением инородного тела, иссечение стенок пузырно-маточного свища. Обе больные выздоровели.

■ **Ключевые слова:** внутриматочная контрацепция; осложнения; брюшная полость; мочевой пузырь; инородные тела

Перфорация матки является редким, но серьезным осложнением внутриматочной контрацепции. Частота перфорации матки зависит от типа внутриматочных контрацептивов (ВМК) и варьируется от 0,2 до 1,5 на 1000 [2, 5].

Мы имеем редкое наблюдение, когда ВМК находился в брюшной полости 19 лет.

Больная А., 53-х лет, поступила в хирургическое отделение 10.03.1999 г. с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, головокружение. Болея желчнокаменной болезнью 3 года, в течение которых у нее неоднократно наблюдались приступы печеночной колики. Последние 5 лет страдает анемией. При сборе гинекологического анамнеза больная утаила часть информации, отметив лишь, что имела пять беременностей, двое родов (1976 и 1980 г.), один медицинский аборт (1981 г.), а в 1990 г. перенесла правостороннюю тубэктомия по поводу пиосальпинкса. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Легкие и сердце в пределах нормы. Живот вздут, мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень и желчный пузырь не пальпируются. Определяются положительные симптомы Грекова—Ортнера, Мерфи и Кера. Перитонеальных симптомов нет. Консультация гинеколога: интерстициальная миома матки. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) выявлены камни в желчном пузыре. По поводу острого калькулезного холецистита 11.03.1999 г. предпринята срочная холецистэктомия. Срединная лапаротомия под эндотрахеальным наркозом. Выпота в брюшной полости нет. Выполнена холецистэктомия, в просвете воспаленного желчного пузыря находились два камня. При ревизии в малом тазе выявлен спаечный процесс. Пальпаторно в зоне резецированной маточной трубы, прикрытое лишь тонкой плоскостной спайкой, определяется инородное тело. После рассечения спайки предмет, которым оказалась спираль Липпса №1, удален из брюшной полости. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Ретроспективно после операции при беседе с больной и анализе запрошенных медицинских документов установлено следующее. В 1980 г., через месяц после вторых родов, ей установили ВМК типа Липпса. Однако уже в 1981 г. пациентка забеременела вновь. Было произведено выскабливание полости матки, при этом ВМК в полости матки не обнаружили, объяснив это экспульсией. В 1985 г. женщине был установлен ВМК Т-образной формы. В 1989 г. она проходила лечение в гинекологическом отделении по поводу сильных болей в низу живота с диагнозом «аднексит». Во время этой госпитализации из полости матки был удален ВМК Т-образной формы. Однако уже через день при рентгенологическом

исследовании неожиданно обнаружили в малом тазе другой ВМК (спираль типа Липпса). От удаления спирали пациентка отказалась. В 1990 г. больная поступила в то же гинекологическое отделение с правосторонним пиосальпинксом и пельвиоперитонитом, и ее пришлось оперировать экстренно. В тяжелых технических условиях (выраженные воспалительные и рубцовые процессы в малом тазе), выполнена правосторонняя тубэктомия и дренирование брюшной полости. В ходе операции ВМК не был обнаружен! В дальнейшем больная, частично по собственной вине, наблюдалась гинекологом нерегулярно. С 1994 г. ее беспокоили тупые боли внизу живота справа и головокружения. Безуспешно лечилась у гематолога по поводу «беспричинной» анемии. А далее произошли уже описанные выше события.

Контрольное обследование после холецистэктомии и удаления инородного тела проведено в 2003 г. Жалоб нет. Боли в правом подреберье и внизу живота исчезли. Анализ красной крови нормализовался.

Развитие патологического процесса можно представить следующим образом. Во время установки ВМК в 1980 г. произошла перфорация матки и спираль Липпса была введена параметрально, откуда мигрировала в зону правой маточной трубы. Поэтому вскоре наступила беременность, а при выскабливании полости матки ВМК не обнаружили. С 1985 по 1989 г. больная имела в организме два ВМК: Т-образной формы в полости матки и типа Липпса в брюшной полости. Пребывание инородного тела в зоне правой маточной трубы привело к развитию аднексита, а в дальнейшем — пиосальпинкса и пельвиоперитонита. Замурованное в инфильтрированных и рубцово-измененных тканях, оно было пропущено при экстренной гинекологической операции в 1990 г. Лишь после 19 лет пребывания инородного тела в брюшной полости оно было удалено благодаря внимательности врача, который при выполнении операции в подпеченочном пространстве предпринял ревизию всей брюшной полости.

Недостатки диспансерного наблюдения и лечения больной очевидны. Среди прочего необходимо было более настойчиво предлагать удаление спирали. По данным научной группы ВОЗ, удаление ВМК, попавших в брюшную полость, обязательно. Пребывание ВМК в брюшной полости приводит к тяжелым осложнениям: острой кишечной непроходимости, кишечным свищам, абсцессам, перитониту, анемии, аллергическим реакциям [3, 5, 6].

Чрезвычайно редким осложнением ВМК (1 случай на 92 500) является перфорация мочевого пузыря [2]. В отечественной литературе мы

обнаружили за все годы лишь три случая данного осложнения [1, 2, 4].

Приводим собственное наблюдение с формированием инородного тела мочевого пузыря и пузырно-маточного свища.

Больная М., 33 лет, поступила в клинику 24.03.1995 г. с жалобами на учащенное мочеиспускание, эпизоды макрогематурии, возникающие во время менструаций, и слизисто-геморрагические выделения из влагалища. Больна три месяца. Беременностей три, двое родов (1984 и 1988 г.), один медицинский аборт (1985 г.). В 1989 г. был установлен Т-образный ВМК. Положение ВМК контролировалось только два года, затем больная на прием не являлась. При посещении гинеколога в марте 1995 г. выявлена дислокация ВМК в мочевой пузырь; в связи с чем больная направлена в стационар. Состояние удовлетворительное. Живот мягкий, болезненный при пальпации в надлобковой области. Симптом Щеткина отрицательный. Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Половые органы сформированы правильно. Из влагалища умеренные слизисто-кровянистые выделения. Анализ мочи: лейкоциты до 10, эритроциты до 25 в поле зрения. В бак. посеве мочи роста флоры нет. Обзорная урография: над лоном видна тень деформированного и «перевернутого» ВМК Т-образной формы (рис. 1). На пневмоцистограмме на фоне введенного кислорода в мочевом пузыре отчетливо определяется инородное тело. УЗИ: матка расположена кпереди, один фраг-

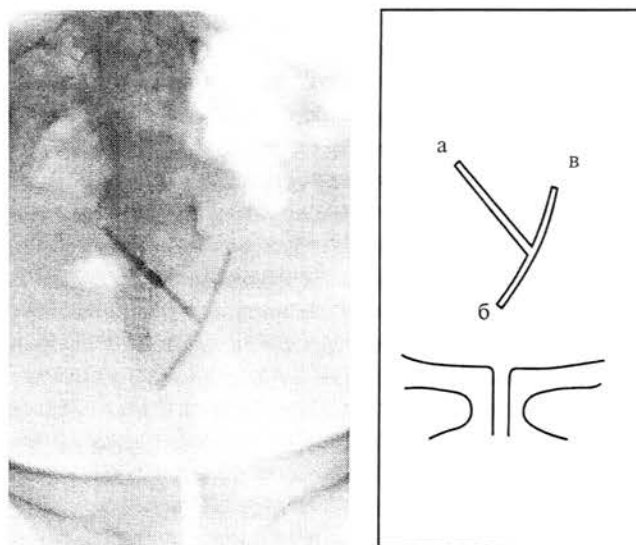


Рис. и схема 1:

Фрагмент обзорной урограммы больной М.:
над лоном видна тень деформированного и «перевернутого» Т-образного ВМК

а — вертикальная ножка ВМК;
б — горизонтальное плечо, обнаруженное во время операции в полости мочевого пузыря;
в — другое плечо, располагавшееся в стенке мочевого пузыря

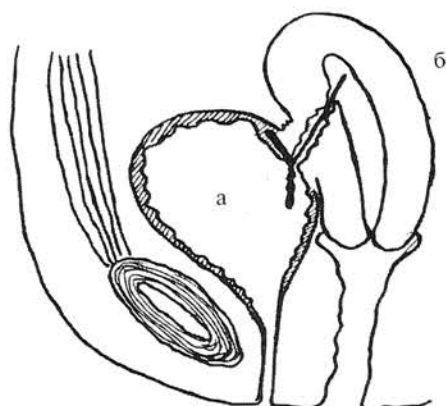


Рис. 2. Расположение мигрировавшего ВМК:
а — полость мочевого пузыря; б — матка

мент ВМК визуализируется в матке, занимая необычное косо-поперечное положение в верхней части тела ее, другая часть ВМК продолжена в стенку и просвет мочевого пузыря. Цистоскопия: на 4 см выше межмочеточниковой складки, соответственно 6 ч условного циферблата, видно инкрустированное солями плечо Т-образного ВМК, под острым углом перфорировавшее пузырную стенку и на 16 мм пролабирующее в просвет мочевого пузыря. Выше места перфорации выпячивающаяся задняя стенка грубо деформирована, образуя «занавеску». Слизистая оболочка вокруг инородного тела гиперемирована. Под эндотрахеальным наркозом выполнена нижняя срединная лапаротомия. В брюшной полости скудное количество серозной жидкости. При ревизии (рис. 2) обнаружено в инфильтрате между мочевым пузырем и маткой инородное тело, погруженное своим задним концом в верхнюю часть тела матки. При тракции конца предмета из матки установлено, что это вертикальная ножка Т-образного ВМК. Свищевое отверстие на передней поверхности матки ушито Z-образным швом мерсилком. Далее ножка ВМК проходила в свищевом канале, окруженном грануляционной тканью, к задней стенке мочевого пузыря, где в толще стенки, на границе тела и верхушки пузыря, делилась на горизонтальные плечи. Вскрыта передняя стенка мочевого пузыря. Обнаружено, что одно горизонтальное плечо полностью пролабирует в просвет мочевого пузыря, второе — располагается в толще задней стенки, вызывая здесь деформирующее «выпячивание». Инородное тело тракцией в просвет мочевого пузыря удалено. Им оказался ВМК типа Соррег-Т200, одно горизонтальное плечо которого на всем протяжении было инкрустировано солями, что свидетельствует о давности перфорации. Края пузырно-маточного свища иссечены до поверхности матки. Дефект в мочевом пузыре ушит в два ряда: кетгутом — со

стороны полости мочевого пузыря, мерсилком — со стороны брюшной полости. Мочевой пузырь дренирован уретральным катетером. Передняя стенка мочевого пузыря и брюшная полость ушиты наглухо. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана в удовлетворительном состоянии через 8 суток после операции. Обследована через 5 лет: здорова.

У данной больной в результате длительного пребывания ВМК развились трофические изменения в стенке матки с формированием пролежня. В результате произошла миграция ВМК в направлении рядом расположенного полого органа, имеющего низкое внутрипросветное давление. Нам представляется, что, помимо рутинного физикального и влагалищного исследования, акушер-гинеколог при диспансерном наблюдении обязан использовать УЗИ для контроля за локализацией ВМК. При появлении дизурии, гематурии или лейкоцитурии показана неотложная цистоскопия.

Литература

1. Гумин Л.М., Дьяков В.В. Случай дислокации внутриматочного контрацептива в мочевой пузырь // Акуш. и гин. — 2000. — № 1. — С. 58–59.
2. Зикиллаев З., Олимов Т., Приев И.М. Повреждение мочевого пузыря внутриматочными контрацептивами // Урология. — 2000. — № 3. — С. 53.
3. Ищенко А.И., Савельева И.С. Инородные тела в брюшной полости, удаленные при лапароскопии // Акуш. и гин. — 1991. — № 9. — С. 68–69.
4. Миченко В.П., Кулаков А.И., Люст Н.А. Ультразвуковая диагностика расположения внутриматочного контрацептива в мочевом пузыре // Ультразвуковая диагностика — 1997. — № 3. — С. 86–87.
5. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Роговская С.И. Внутриматочная контрацепция // Акуш. и гин. — 1993. — № 1. — С. 53–58.
6. Шапошников Д.И., Фрейдлин И.И., Шапошников Г.И. Осложнения внутриматочной контрацепции перфорацией матки // Научн. сессия Пермск. мед. акад.: Материалы. — Пермь, 2000. — С. 64–165.

RARE COMPLICATIONS OF INTRAUTERINE CONTRACEPTION WITH FORMATION OF FOREIGN BODIES IN THE ABDOMINAL CAVITY AND URINE BLADDER

Subbotin V.M., Davidov M.D.

■ **Summary:** 2 rare cases of intrauterine contraception are presented. A 53-year old female patient had been having a Lippas intrauterine contraception device (IUCD) in the abdominal cavity for 19 years before it was occasionally revealed on cholecystectomy. The next female patient who had had a T-type IUCD for 6 years developed trophic changes of the uterine wall followed by the migration and penetration of IUCD into the wall and then the urine bladder cavity. Laparotomy and cystotomy with the evacuation of the foreign body and dissection of the walls of cystouterine fistular were performed. Both patients made a complete recovery.

■ **Key words:** intrauterine contraception; complications; abdominal cavity; bladder; foreign body