

Лікування пацієнта з рентгеноконтрастним стороннім тілом у сечовому міхурі



**Д.В. Овечкін¹, В.П. Райденко²,
Ф.В. Беляєв², В.С. Овечкін²**

¹ Медичний інститут Сумського державного університету

² Сумська обласна дитяча клінічна лікарня

Описано випадок лікування дівчинки віком 16 років із рентгеноконтрастним стороннім тілом у сечовому міхурі. Незважаючи на проведені комплексне інструментальне та лабораторне дослідження (оглядова рентгенографія, ультразвукове дослідження, цистоскопія, загальнолабораторні аналізи крові та сечі), запідозрити наявність стороннього тіла в сечовому міхурі було можна лише при детальному зборі анамнезу та ретельному фізикальному обстеженні.

Ключові слова: сторонні тіла, сечовий міхур, діти.

Сторонні тіла (СТ) в сечовому міхурі (СМ) бувають в основному в дітей та жінок [1, 2, 5]. Виокремлюють чотири групи причин потрапляння СТ у СМ: 1) уведення стороннього предмета хворим самостійно (витівка, мастурбація, спроба кримінального аборт, психічне захворювання); 2) випадкове потрапляння СТ внаслідок технічних помилок під час маніпуляцій та операцій на СМ та сусідніх органах (лігатури, уламки інструментів, марлеві кульки або серветки); 3) проникнення чужорідного тіла в порожнину СМ при вогнепальних та інших травматичних пораненнях (куля, осколок, уламки кісток, шматки одягу); 4) міграція чужорідного тіла в СМ із сусідніх органів при гнійно-некротичних процесах у них [6].

Клінічні вияви залежать від розмірів, форми, хімічного складу і тривалості перебування СТ в СМ [4, 6]. Деякі предмети швидко покриваються сечовими солями, інші виявляють стійкість до седиментації, ще інші швидко збільшуються в об'ємі і деформуються [5]. Дрібні СТ з рівною і гладкою поверхнею можуть спричинити лише почастішання сечовипускання. У подальшому внаслідок приєднання інфекції та інкрустації солями спостерігається дизурія. Наявність СТ великих розмірів із нерівними краями спочатку супроводжується сильним болем, різко вираженою дизурією з гематурією, часто — ішу-

Стаття надійшла до редакції 22 червня 2012 р.

Овечкін Денис В'ячеславович, к. мед. н., асист. кафедри, зав. курсу дитячої хірургії
40031, м. Суми, вул. Ковпака, 22
Тел. (0542) 24-31-56
E-mail: dr.ovechkindv@mail.ru

рією. Струмінь сечі при цьому переривистий, може бути затримка сечі. Біль у кінці процесу сечовипускання під час рухів посилюється та зникає у стані спокою [6]. У подальшому у зв'язку з інфекцією та інкрустацією солями розвиваються явища лужного циститу [4, 5]. За певних умов СТ великих розмірів із гострими краями можуть спричинити пролежні стінки СМ, парацистит, перфорацію стінки з утворенням міхурово-вагінальної норичі [8, 10].

Діагностика наявності СТ у СМ не складна під час типового анамнезу. Діагноз визначають на основі анамнезу, клінічної картини, пальпації СМ, цистоскопії, оглядового знімка, пневмоцистографії. На оглядовій урограмі визначають величину і форму чужорідного тіла. Неконтрастні СТ можна помітити під час цистографії із застосуванням слабкого розчину (3—5 %) рентгеноконтрастної речовини або кисню [6, 11].

У дітей СТ в СМ можна пальпувати через пряму кишку. При піхвовому дослідженні задня стінка СМ щільна і болюча. У худорлявих жінок та дівчат пальпують чужорідне тіло, коли СМ вільний від сечі [6].

Дуже цінну інформацію дає цистоскопія, за якої легко розглянути предмет, що потрапив у СМ, якщо слизова оболонка без ознак вираженого запалення. Однак із розвитком циститу огляд ускладнюється, а іноді й узагалі не можливий. Цистоскопія нездійсненна у випадку різко зниженої місткості СМ або заповнення всієї його порожнини чужорідним тілом великого розміру [7, 12, 14].

Труднощі виникають, коли хворі приховують факт уведення чужорідного тіла, а також коли воно розташоване під слизовою оболонкою СМ. Діти часто соромляться визнати факт мастурбації. Жінки, які намагалися зробити позалікарняний аборт, не розказують про це втручання. Клінічна картина захворювання нагадує таку, як при камені СМ, а у жінок, особливо молодих, це зустрічається вкрай рідко, тому лише під час довірливої бесіди з пацієнтом можна розібратися в походженні хвороби.

Хворі, котрі надходять із приводу циститу, не завжди інформовані про ятрогенні ускладнення, наприклад: обрив катетера, який стався при його заміні, наявність у СМ марлевих тампонів або яких-небудь інших медичних предметів [3]. Більшість хворих звертається по медичну допомогу пізно (через 6 діб і пізніше). Деякі до цього часу мають ускладнення: виражений цистит, гострий висхідний пієлонефрит, перфорацію стінки СМ, гостру затримку сечовипускання, гематурію [8, 9].

Хворих із СТ в СМ лікують диференційовано. Усі чужорідні тіла підлягають видаленню. При перитоніті необхідне невідкладне оперативне лікування. СТ, наявність яких не супроводжується інтенсивним боєм та дизурією, необхідно видаляти в плановому порядку. Невеликі тіла з рівною та гладкою поверхнею можуть вийти самостійно [6, 13].

Методом вибору вважають трансуретральне інструментальне видалення за допомогою операційного цистоскопу [6, 7, 12, 14]. Ендоскопічне видалення СТ із СМ можливе за таких умов: 1) СТ не фіксоване; 2) відсутнє або помірно виражене запалення нижніх сечовивідних шляхів; 3) розміри чужорідного тіла дозволяють йому пройти крізь уретру, не пошкодивши її [6, 13].

У всіх випадках наявності в СМ чужорідних тіл неправильної форми, великих за розміром, скляних або предметів із ріжучим краєм усунення їх ендоскопічним шляхом не показано, у таких випадках видалення виконують оперативно «відкритим» методом [6]. Після цієї операції СМ щільно зашивають, залишаючи постійний катетер на 4—5 діб. У післяопераційному періоді призначають антибактеріальну терапію.

Наводимо випадок діагностики та лікування великого за розмірами рентгеноконтрастного СТ в СМ.

У поліклініку Сумської обласної дитячої клінічної лікарні (СОДКЛ) 21.03.12 р. у супроводі матері звернулася дівчина 16 років зі скаргами на незначний біль у кінці процесу сечовипускання. З анамнезу стало відомо, що ці симптоми спостерігалися в дитини протягом двох діб. Передумов для виникнення захворювання дівчина не вказувала.

Під час об'єктивного дослідження виявлено: розвиток дитини відповідає віковим нормам, загальний стан задовільний, температура тіла — 36,6 °С, не виявлено гемодинамічних змін, соматичної та неврологічної патології.

Визначено попередній діагноз: гострий цистит. Хворій призначено проведення лабораторного дослідження (клінічний аналіз сечі) для уточнення діагнозу. Під час проходження обстеження дівчина повідомила матір про випадкове введення СТ в уретру при пустошах 20.03.12 р. Зі слів пацієнтки, це був довгастий шматок пластику довжиною приблизно 5 см та діаметром 1 см.

Враховуючи дані анамнезу, дитину госпіталізовано в хірургічне відділення СОДКЛ з діагнозом: «Стороннє тіло в сечовому міхурі? Гострий цистит».

Дані лабораторного дослідження при госпіталізації (21.03.12 р.): у загальному аналізі крові виявлено лейкоцитоз ($14,9 \times 10^9$) зі зсувом лейкоцитарної формули вліво; загальний аналіз сечі: 150 мл, світло-червоний колір, питома вага — 1024, реакція — кисла, білок — 0,49 г/л, пукор — 0, лейкоцити — 1/2 у полі зору, еритроцити — все поле зору, епітелій плоский — незначна кількість, епітелій перехідний — 7—9 у полі зору, слиз — незначна кількість.

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та сечостатевої системи (21.03.12 р.): патологічних змін не виявлено. Цистоскопія (21.03.12 р.): ознак наявності СТ в СМ не виявлено; гострий геморагічний цистит.

На оглядовій урограмі (21.03.12 р.) патологічні зміни не візуалізуються; ознак наявності СТ в проекції СМ не виявлено.

Для виключення гінекологічної патології призначено консультацію дитячого гінеколога *non virgo* (23.03.12 р.): під час пальпації передньої стінки піхви відчувається утворення довгастої форми довжиною 4—5 см, завширшки — 0,5—0,7 см, щільне, незначно рухоме, безболісне. Діагноз: «Кольпіт? Стороннє тіло в сечовому міхурі?».

Дані анамнезу та клініко-інструментального обстеження свідчили про наявність рентгеноконтрастного СТ великих розмірів у СМ.

Під час операції виконано цистотомію та видалено СТ з СМ. Макропрепарат: шматок пластику конічної форми довжиною 8,5 см із найбільшим діаметром у поперечному перерізі 1,4 см, найменшим — 0,5 см (рисунок). Рану зашили пошарово. У СМ уведено катетер на 4 доби. У післяопераційному періоді провели антибактеріальну терапію.

На 7 добу після операції дівчину в задовільному стані з показниками контрольних аналізів сечі та крові у межах норми виписано додому під нагляд сімейного лікаря.



■ Рисунок. Стороннє тіло в сечовому міхурі

Отже, незважаючи на проведені комплексні інструментальне та лабораторне дослідження, запідозрити наявність рентгеноконтрастного СТ в СМ вдалося лише при детальному зборі анамнезу та ретельному фізикальному обстеженні, зокрема бімануальній пальпації СМ через піхву. Таким чином, клінічний огляд хворого не втрачає своєї цінності навіть за наявності сучасної інструментальної діагностики.

Література

- Архипов В.В., Майзельс И.Г., Биличенко С.В., Головина Э.И. Инородное тело мочевого пузыря у девочки 4 лет // Урология.— 2001.— № 3.— С. 42—43.
- Барухович В.Я., Кокоркин А.Д., Павлова Н.Р. Инородное тело уретры у мальчика // Детская хирургия.— 2010.— № 3.— С. 51—51.
- Давидов М.И., Митягин П.Н., Игошев А.М. Острый obstructивный пиелонефрит, вызванный инородным телом мочевого пузыря // Урология.— 2010.— № 1.— С. 73—76.
- Зайцев В.И., Левицкий А.И., Ченіга Я.О., Ілюк І.І. Незвичне стороннє тіло сечового міхура // Клінічна анатомія та оперативна хірургія.— 2002.— Т. 1, № 2.— С. 67—69.
- Москаленко В.З., Литовка В.К., Журило І.П. Инородное тело мочевого пузыря у детей // Клінічна хірургія.— 2002.— № 4.— С. 43—45.
- Пугачев А.Г. Детская урология: Руководство для врачей.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.— 832 с.
- Gonzalzo M.L., Chan D.Y. Endoscopic basket extraction of a urethral foreign body // Urology.— 2003.— Vol. 62.— P. 352.
- Loeser A., Gerharz E.W., Riedmiller H. Chronic perforation of the urinary bladder by self-inserted foreign body // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct.— 2007.— Vol. 18.— P. 689—690.
- Mannan A., Anwar S., Qayyum A., Tasneem R.A. Foreign bodies in the urinary bladder and their management: a Pakistani experience // Singapore Med. J.— 2011.— Vol. 52 (1)— P. 24—28.
- Mukherji G., Rao A.R., Hussein A., Mottiwai H. Self-introduction of foreign body into urinary bladder // J. Endourol.— 2004.— Vol. 18.— P. 123—128.
- Nazir S.S., Wazir B.S., Qazi S. An unusual foreign body in the urinary bladder // J.K. Pract.— 2004.— Vol. 11.— P. 268—277.
- Rahman N.U., Elliott S.P., McAninch J. Self-inflicted male urethral foreign body insertion: endoscopic management and complications // B.J.U. Int.— 2004.— Vol. 94.— P. 1051—1053.
- Van Ophoven A., De Kernion J. Clinical management of foreign bodies of the genitourinary tract // J. Urol.— 2000.— Vol. 164.— P. 274—287.
- Wyatt J., Hammontree L.N. Use of holmium YAG laser to facilitate removal of intravesical foreign bodies // J. Endourol.— 2006.— Vol. 20.— P. 672—674.

Лечение пациента с рентгеноконтрастным инородным телом в мочевом пузыре

Д.В. Овечкин, В.П. Райденко, Ф.В. Беляев, В.С. Овечкин

Описан случай лечения девочки 16 лет с рентгеноконтрастным инородным телом в мочевом пузыре. Несмотря на проводимые комплексные инструментальное и лабораторное исследования (обзорная рентгенография, ультразвуковое исследование, цистоскопия, общие лабораторные анализы крови и мочи), заподозрить наличие инородного тела в мочевом пузыре было возможно лишь при детальном сборе анамнеза и тщательном физикальном обследовании.

Ключевые слова: инородные тела, мочевого пузыря, дети.

Treatment measures for the patient with an undetected by X-ray foreign body in the bladder

D.V. Ovechkin, V.P. Raydenko, F.V. Belyaev, V.S. Ovechkin

The treatment methods for the 16 years old girl with an undetected by X-ray foreign body in the bladder is described in this article. Only the detailed anamnesis and physical examination make it possible to detect the foreign body in the bladder despite of the instrumental and laboratory research measures (X-ray examination, ultrasonography, cystoscopy, general laboratory tests of blood and urine).

Key words: foreign body, the bladder, children.