

УДК. ??????????

БАРУХОВИЧ В.Я.¹, КАЙДА Ю.В.²¹Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина²Запорожская областная клиническая детская больница, г. Запорожье, Украина

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Резюме. В статье приведен случай собственного клинического наблюдения инородных тел мочевого пузыря у девочки 11 лет.

Ключевые слова: инородное тело, мочевого пузыря, цистит, оперативное лечение.

В структуре урологических заболеваний инородные тела мочевого пузыря встречаются сравнительно часто [1, 2].

Этиология. Причины попадания инородных тел в мочевой пузырь можно разделить на четыре группы: 1) введение инородного тела самым больным в результате шалости (в детском возрасте), с целью мастурбации или вследствие психического заболевания; 2) случайное попадание инородного тела в мочевой пузырь в результате технических ошибок при инструментальных манипуляциях и операциях на мочевом пузыре; 3) попадание инородного тела (осколок, пуля) в мочевой пузырь при огнестрельном ранении; 4) миграция инородного тела в мочевой пузырь из соседних органов или тканей в результате гнойно-некротического процесса в них [1, 3, 4].

Клиника. Клинические проявления инородного тела мочевого пузыря зависят от формы и величины предмета, попавшего в мочевой пузырь, степени повреждения мочевого пузыря. Инородные тела мочевого пузыря могут вызывать дизурические расстройства, боли внизу живота и над лобком, боли в области промежности и заднего прохода, рези и примесь крови в моче [1, 2, 4].

Диагностика инородных тел мочевого пузыря не представляет трудности, если пациент расскажет о том, что произошло. Однако большинство обратившихся за помощью людей предпочитают умалчивать об инциденте, поэтому нередко лишь инструментальные и рентгенологические методы исследования позволяют поставить правильный диагноз. Часто без должного обследования диагностируется острый цистит, и паци-

енту назначают терапию с применением уроантисептиков, которая дает временный эффект или оказывается неэффективной.

Наиболее информативным исследованием при диагностике инородного тела мочевого пузыря является цистоскопия, которая позволяет не только увидеть и идентифицировать предмет, но и с помощью операционного цистоскопа попытаться его удалить. Нередко инородное тело полностью петрифицируется и имеет вид камня мочевого пузыря.

Наличие хронического цистита, при котором уменьшается емкость мочевого пузыря, не всегда позволяет достаточным образом наполнить пузырь или создать в нем прозрачную среду. В этих случаях цистоскопию заменяют обзорной рентгенографией или УЗИ мочевого пузыря. На обзорной рентгенограмме можно увидеть тень самого инородного тела и его солевую оболочку [3].

Лечение. Наличие инородного тела в мочевом пузыре любого происхождения является показанием к его удалению. Пребывание в мочевом пузыре инородного предмета поддерживает воспаление его стенки, созда-

Адрес для переписки с авторами:

Кайда Юрий Владимирович
E-mail: alien-vs82@mail.ru

© Барухович В.Я., Кайда Ю.В., 2015

© «Хирургия детского возраста», 2015

© Заславский А.Ю., 2015

ет условия для пузырно-мочеточникового рефлюкса и пиелонефрита. Преимущество в удалении инородных тел мочевого пузыря принадлежит эндоскопическим манипуляциям, при которых вначале разрушают инкрустирующую оболочку, а затем экстрактором захватывают и извлекают инородный предмет.

При наличии в мочевом пузыре объектов, мигрировавших из околопузырной клетчатки (пули, осколки), которые (из-за их размеров) не проходят через уретру или могут вызвать серьезные ее повреждения, пациенту показано оперативное лечение. Обычно выполняют высокое сечение мочевого пузыря, ревизию его полости, удаление инородного тела с последующим ушиванием стенки наглухо. После операции мочевой пузырь дренируют по уретре трехходовым катетером для постоянного орошения его полости антисептическим раствором с целью подавления воспалительной реакции, обычной при инородных телах [3].

Клинический случай. Девочку В. в возрасте 11 лет госпитализировали в хирургическое отделение Запорожской областной клинической детской больницы с жалобами на резкую боль в правой подвздошной и надлобковой области, болезненные мочеиспускания.

Общее состояние ребенка средней степени тяжести за счет болевого синдрома. Положение в постели активное. Из анамнеза заболевания известно, что болен с трехлетнего возраста, когда появились боли в надлобковой области, болезненные мочеиспускания, признаки вульвовагинита. Ребенок неоднократно лечился амбулаторно у гинеколога с относительным положительным эффектом.

Ребенок астенического телосложения. Кожные покровы бледно-розовой окраски, сыпи нет. Видимые слизистые розовые, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Деятельность сердца ритмична, тоны ясные. Аускультативно дыхание над легкими везикулярное с обеих сторон, хрипы не выслушиваются. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, видимая перистальтика не визуализируется, расхождения мышц передней брюшной стенки нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, болезненный в надлобковой области. Перкуссия в надлобковой области резко болезненна. Напряжения мышц передней брюшной стенки нет, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Область почек при пальпации безболезненна. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Акт дефекации не нарушен. Мочеиспускание свободное, болезненное в конце. Недержания мочи не отмечалось.

В области вульвы и внутренней поверхности бедер гиперемия со следами расчесов.

Лабораторное обследование: анализ крови общий: эритроциты — $4,4 \cdot 10^{12}/л$, Hb — 156 г/л, тромбоциты $170 \cdot 10^9/л$, СОЭ — 2 мм/ч, лейкоциты — $9,6 \cdot 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы — 8 %, сегментоядерные нейтрофилы — 82 %, лимфоциты — 8 %, моноциты — 2 %. **Анализ мочи общий:** цвет — желтый, моча мутная, удельный вес — 1,019, рН — щелочная, белок — 0,33 г, глюкоза и кетоновые тела не обнаружены, эритроци-

ты — 0–2 в поле зрения (свежие), лейкоциты — все поле зрения (густо), бактерии — незначительно в поле зрения, диастаза — 60 г (ч • л).

УЗИ органов брюшной полости и мочевыделительной системы: реактивные изменения печени, перегиб желчного пузыря. Стенки мочевого пузыря неравномерно утолщены, около устья отечны. В полости мочевого пузыря в непосредственной близости с устьем мочеиспускательного канала инородное тело 33×14 мм, с продольно-ребристой поверхностью и закругленным передним краем. Дает плотную акустическую тень. В моче много осадка.

Рентгенография органов брюшной полости и таза: умеренный метеоризм. Арок и урвной в кишечнике нет. Рентген-контрастных инородных тел не обнаружено.

Предварительный диагноз: инородное тело мочевого пузыря. Цистит.

С целью уточнения диагноза и удаления инородного тела проведена диагностическая цистоскопия: уретра свободно проходима цистоскопом № 10 по Шерьеру. Среда в мочевом пузыре мутная, с хлопьями фибрина. В полости мочевого пузыря определяется инородное тело синего цвета, цилиндрической формы с закруглением на одном конце в диаметре до 15 мм (вероятно, колпачок). Попытки извлечь инородное тело эндоскопически безуспешны.

Учитывая безуспешность эндоскопического извлечения инородного тела из мочевого пузыря, решено провести оперативное вмешательство.

Операция. Доступ по Пфанненштилю. Произведена цистотомия, слизистая мочевого пузыря гиперемирована, покрыта фибрином. Из полости мочевого пузыря удалено инородное тело (пластиковый колпачок, вероятно, от фломастера). При пальцевом исследовании полости мочевого пузыря в области шейки, под наслоениями фибрина обнаружено второе инородное тело, последнее извлечено (пластиковая подставка под свечу для торта). Гемостаз. Мочевой пузырь ушит наглухо двухрядным кетгутовым швом.

В полость мочевого пузыря установлен катетер Фолея.

Окончательный клинический диагноз: инородные тела мочевого пузыря. Фибринозный цистит.

В послеоперационном периоде девочка получала следующее лечение: цефтриаксон, амикацин, орнигил, канефрон, диклофенак, линекс в возрастных дозировках.

Консультации смежными специалистами: психиатр: Z73.1; невропатолог: патологии со стороны ЦНС не выявлено.

Послеоперационный период протекал гладко. Уретральный катетер удален на 11-е сутки, мочеиспускание свободное, безболезненное. Швы сняты на 11-е сутки, послеоперационная рана зажила первичным натяжением.

Ребенок выписан домой на 12-е сутки послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии для дальнейшего амбулаторного лечения. Осмотрена через 1 год. Жалоб не предъявляет, анализы мочи нормализовались.

Список литературы

1. Урология. Национальное руководство / Под ред. Н.А. Лопаткина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1024 с.

2. Нечипоренко Н.А., Нечипоренко А.Н. Неотложные состояния в урологии. — Минск: Высшая школа, 2012. — 400 с.

3. Аль-Шукри С.Х., Ткачук В.Н. Урология. — СПб.: Питер, 2012. — 480 с.

4. Mannan A.I, Anwar S., Qayyum A., Tasneem R.A. Foreign bodies in the urinary bladder and their management: a Pakistani experience // Singapore Med. J. — 2011 Jan. — Vol. 52, № 1. — P. 24-8.

Получено 20.08.15 ■

Барухович В.Я.¹, Кайда Ю.В.²

¹Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

²Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня, м. Запоріжжя, Україна

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СТОРОННІХ ТІЛ У СЕЧОВОМУ МІХУРІ

Резюме. У статті наведено випадок власного клінічного спостереження сторонніх тіл сечового міхура в дівчинки 11 років.

Ключові слова: стороннє тіло, сечовий міхур, цистит, оперативне лікування.

Barukhovych V.Ya.¹, Kaida Yu.V.²

¹Zaporizhzhia State Medical University, Zaporizhzhia, Ukraine

²Zaporizhzhia Regional Clinical Children's Hospital, Zaporizhzhia, Ukraine

CLINICAL CASE OF FOREIGN BODIES OF THE URINARY BLADDER

Summary. The article describes a clinical case of foreign bodies of the urinary bladder in an 11-year-old girl.

Key words: foreign body, urinary bladder, cystitis, surgical treatment.