

УДК 616.62-007.23:618.12-002]-089.844

СМОРЩЕННЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ КАК СЛЕДСТВИЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ЦИСТИТА, ВОЗНИКШЕГО У БОЛЬНОЙ С ДЛИТЕЛЬНО ПРОТЕКАВШИМ ДВУСТОРОННИМ АДНЕКСИТОМ

Н.А. Нечипоренко*, А.И. Байчук**, Г.Г. Якимович**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»**

Приведено наблюдение сморщенного мочевого пузыря, как исход интерстициального цистита у больной с хроническим двусторонним аднекситом. Больной выполнена илеоцистопластика с хорошим эффектом.

Ключевые слова: сморщенный мочевой пузырь, илеоцистопластика.

The article specifies results of observation of a contracted urinary bladder, caused by interstitial cystitis in a female patient with a bilateral adnexitis. The patient was performed a favorable ileocystoplasty.

Key words: a contracted urinary bladder, ileocystoplasty

Одной из причин сморщивания мочевого пузыря является интерстициальный цистит. Этиология интерстициального цистита до конца не изучена, что не позволяет добиться хорошего результата медикаментозной терапией. Одной из причин развития интерстициального цистита, с исходом в сморщивание, у женщин может быть длительно протекающий хронический воспалительный процесс в придатках матки.

Сморщивание мочевого пузыря клинически проявляется гиперрефлексией детрузора и болевым синдромом [1].

Диагностика гиперрефлекторного мочевого пузыря и сморщенного мочевого пузыря особых трудностей не представляет.

При гиперрефлекторном мочевом пузыре цистоскопия, выполненная под наркозом, показывает сохраненную емкость мочевого пузыря, при сморщенном мочевом пузыре имеет место вторичная гиперрефлексия, а при цистоскопии емкость мочевого пузыря составляет 100 мл и менее.

На цистограммах при сморщенном мочевом пузыре он определяется в виде круглой тени диаметром не более 7-8 см, часто можно выявить пассивный пузырно-мочеточниковый рефлюкс.

При уродинамическом исследовании отмечается резкое снижение порога чувствительности – первый позыв на мочеиспускание возникает после введения в мочевой пузырь раствора в объеме 30-40 мл, отмечается повышение внутрипузырного сопротивления за счет ригидности детрузора.

При выборе метода лечения необходимо исключить туберкулез мочевого пузыря, паразитарный цистит и эндометриоз мочевого пузыря. В дифференциальной диагностике этих заболеваний биопсия играет ведущую роль.

Лечение гиперрефлекторного мочевого пузыря начинается с применения медикаментозных средств. Весьма эффективно лечение препаратами из группы блокаторов мускариновых рецепторов (Троспиум, Оксипутин, Пропиверин, Детрузитол) и ингибиторов синтеза простагландинов (Дес-

мопрессин). Особого внимания заслуживает препарат Детрузитол (Толтеродин тартрат) [2, 3]. Препарат вызывает снижение тонуса детрузора, что проявляется уменьшением частоты мочеиспусканий и увеличением емкости мочевого пузыря.

В случаях неэффективности медикаментозного лечения гиперрефлекторного мочевого пузыря, а так же сморщенного мочевого пузыря применяется хирургическое лечение [1]. Принципом хирургического лечения этих патологических состояний является увеличение емкости мочевого пузыря. Это может быть достигнуто такими операциями как аугментация мочевого пузыря и илеоцистопластика. Последнее вмешательство более эффективно. Емкость мочевого пузыря увеличивается за счет сегмента подвздошной кишки, который анастомозируется с мочевым пузырем по типу «бок в бок».

Приводим одно наше наблюдение.

Больная И., 42 лет. Поступила в урологическое отделение Гродненской областной больницы 02.02.2006 с жалобами на частое болезненное мочеиспускание. Мочится малыми порциями через 15-25 минут. После акта мочеиспускания отмечает сильные боли над лонным сочленением.

Страдает в течение двух лет и отмечает прогрессирующее ухудшение состояния.

Из анамнеза установлено, что на протяжении 15 лет страдает хроническим двусторонним аднекситом, по поводу чего неоднократно лечилась в различных гинекологических стационарах. Лечение давало незначительный временный эффект.

При осмотре. Резко пониженного питания, кожа и слизистые бледные, тургор кожи снижен, лимфатические узлы не увеличены. Костно-суставная система без патологических изменений. За время осмотра трижды была вынуждена мочиться. После каждого мочеиспускания появлялись сильные боли внизу живота. Только в положении с приведенными к животу ногами боли становились менее интенсивными. Вынуждена принимать анальгетики.

Пульс 80 ударов в 1 мин. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. В легких ослабленное жесткое дыхание. Перкуторный звук легочный.

Язык влажный, живот мягкий болезненный при пальпации над лоном. Симптомов раздражения брюшины нет.

Почки и мочевой пузырь не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Выраженные дизурические расстройства полностью лишают пациентку возможности отдыха и сна.

При лабораторном исследовании. Общий и биохимический анализы крови без значимых отклонений от нормальных величин. В общем анализе мочи лейкоцитов 40-50 в п/з, эритроциты 5-10 в п/з, белок 0,34 г/л. Посев мочи на микрофлору – в 1 мл мочи 50000 микробных тел (кишечная палочка). Флора чувствительна к гентамицину, цефтриаксону, цефамизину.

УЗИ – почки обычной формы и размеров, дыхательная подвижность сохранена. Признаков нарушения оттока мочи из почек нет.

Экскреторная урография – две функционирующие почки, чашечно-лоханочная система почек хорошо контрастирована, форма чашечек сохранена, мочеточники не расширены. Контрастное вещество в мочевом пузыре.

Ретроградная цистограмма – в мочевой пузырь введено 50 мл 76% раствора верографина, после чего появился императивный позыв к мочеиспусканию. На рентгенограмме мочевой пузырь округлой формы, диаметром 6 см пузырно-мочеточниковый рефлюкс не зафиксирован.

Цистоскопия под наркозом. Емкость мочевого пузыря 70 мл, слизистая очагово гиперемирована, отечна в области шейки. Устья щелевидные на валиках, сокращаются. Резектоскопом получено 2 фрагмента слизистой с подлежащим мышечным слоем из очагов гиперемии для гистологического исследования. Гистологически – хроническое гнойное воспаление в слизистой и мышечном слое.

Консультация гинеколога – хронический рецидивирующий двусторонний аднексит.

Диагноз: Двусторонний хронический аднексит, гнойный бактериальный интерстициальный цистит, сморщенный мочевой пузырь.

Больной начата интенсивная антибактериальная, дезинтоксикационная и спазмолитическая терапия. Через 2 недели при посеве мочи рост микрофлоры не зафиксирован, однако клинические проявления гиперрефлексии детрузора сохраняются. Антибактериальная терапия продолжена.

02.03.2006 операция – илеоцистопластика U-образным сегментом подвздошной кишки.

Нижне-срединным разрезом обнажен мочевой пузырь. Выраженный склерозирующий парацистит. Оба яичника с трубами образуют инфильтраты, спаянные с париетальной брюшиной покрывающей заднюю стенку мочевого пузыря. Мочевой пузырь острым путем мобилизован экстраперитонеально. Выполнена поперечная резекция верхушки мочевого пузыря. При этом отмечено, что стенка пузыря плотная, толщина ее составляет 1,5-1,8 см. На расстоянии 25 см от илеоцекального угла иссе-

чен сегмент подвздошной кишки длиной 25 см на брыжейке. Оба конца сегмента заглушены. Через окно в париетальной брюшине колено сегмента кишки подведено к культе мочевого пузыря и наложен кишечно-пузырный анастомоз «бок в бок» с U-образным расположением сегмента кишки. Зона кишечно-пузырного анастомоза расположена внебрюшинно. Проходимость подвздошной кишки восстановлена анастомозом «конец в конец» однорядными узловыми швами.

Мочевой пузырь дренирован катетером Фолея № 22.

При гистологическом исследовании удаленной верхушки мочевого пузыря выявлены признаки неспецифического хронического воспаления с развитием фиброзной ткани в мышечном слое пузыря и очаги нейтрофильной инфильтрации в мышечном слое и слизистой.

Послеоперационный период осложнился ранней кишечной непроходимостью, что потребовало выполнения релапаротомии на 5 сутки после операции. При ревизии брюшной полости установлено, что имеет место расхождение швов, которыми ушито окно в брыжейке подвздошной кишки после иссечения сегмента для илеоцистопластики. В образовавшийся дефект внедрилась петля тонкой кишки и возникла кишечная непроходимость. Сегмент подвздошной кишки анастомозированный с мочевым пузырем жизнеспособен. Обструкция кишки ликвидирована, окно в брыжейке ушито. Содержимое кишечника выше места непроходимости эвакуировано через энтеротомическое отверстие. Брюшная полость дренирована двумя трубками и рана передней брюшной стенки ушита наглухо.

Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Уретральный катетер удален на 15 сутки после илеоцистопластики. Естественный акт мочеиспускания восстановился сразу. Мочится через 1,5 часа безболезненно. Рана передней брюшной стенки зажила первичным натяжением.

Выписана домой на 28 сутки после илеоцистопластики. Мочится самостоятельно через 2-2,5 часа. Емкость мочевого пузыря 200 мл. Мочеиспускание безболезненное.

Непосредственные результаты операции можно считать хорошими. Достигнута главная цель – сокращена частота мочеиспусканий за счет увеличения емкости мочевого пузыря, ликвидирован болевой синдром.

Таким образом, при отсутствии эффекта от консервативного лечения гиперрефлекторного мочевого пузыря и в случаях сморщенного мочевого пузыря хирургическое лечение в виде илеоцистопластики является единственной возможностью устранить тягостные симптомы заболевания.

Литература

1. Лопаткин, Н.А. Руководство по урологии. – Москва, 1998. – Т. 2. – С. 359-373.
2. Michael, R. et al. Combined use of α -adrenergic and muscarinic antagonists for the treatment of voiding dysfunction // J. Urol. – 2005. – Vol. 174. – P. 1743-1748.
3. Steven, A. et al. Tolterodine extended release attenuates lower urinary tract symptoms in men with benign prostatic hyperplasia // J. Urol. – 2005. – Vol. 174. – P. 2273-2276.