

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МИГРИРОВАВШЕЙ В ПОЛОСТЬ МАЛОГО ТАЗА ВНУТРИМАТОЧНОЙ СПИРАЛИ

О. НЕЪМАТЗОДА¹, М.М. МАРИЗОЕВА², Д.А. РАХМОНОВ¹, Ш.Ш. АМОНОВ¹, Ф.Б. БОКИЕВ¹, У.С. ИСМАТОВА²¹ ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ, Душанбе, Республика Таджикистан² Городской родильный дом №2 Управления здравоохранения города Душанбе, Душанбе, Республика Таджикистан

В статье приводятся результаты своевременной диагностики и успешного хирургического лечения пациентки с мигрировавшей в полость малого таза внутриматочной спиралью (ВМС). Срок имплантации ВМС составил 10 дней. Поводом для обращения в клинику явились усиление болевого синдрома в малом тазу и дизурические явления. При ультразвуковой диагностике установлено, что миграция спирали произошла через левую маточную трубу. При этом концевая нить спирали находилась в просвете левой маточной трубы. Ультразвуковыми признаками ВМС явилось гиперэхогенное и относительно длинное образование с наличием акустических теней. При гинекологическом осмотре констатировано отсутствие ВМС в полости матки. Для более точной топической диагностики мигрировавшей ВМС пациентке была выполнена обзорная рентгенография брюшной полости и малого таза, где дислокация ВМС также была подтверждена. Пациентка была оперирована с использованием лапароскопической технологии. Интраоперационных осложнений не возникло. Продолжительность операции составила 35 минут. Дренажная трубка была удалена на вторые сутки. В послеоперационном периоде пациентке были назначены антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты и спазмолитики. Продолжительность госпитализации составила 4 дня. При контрольных осмотрах через один и три месяца пациентка жалоб не предъявляет.

Ключевые слова: внутриматочная спираль, контрацепция, миграция, перфорация.

THE CASE OF SUCCESSFUL SURGICAL TREATMENT OF INTRAUTERINE DEVICE MIGRATED INTO THE PELVIC CAVITY

O. NEMATZODA¹, M.M. MARIZOEVA², D.A. RAHMONOV¹, SH.SH. AMONOV¹, F.B. BOKIEV¹, U.S. ISMATOVA²¹ Public Institution «Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery», Dushanbe, Tajikistan² City Maternity Hospital №2 of the Health Department, Dushanbe, Tajikistan

The article presents the results of timely diagnosis and successful surgical treatment of the patient with intrauterine device (IUD) migrated into the pelvic cavity. The period of IUD implantation lasted 10 days. Hospital visit was caused by increasing of the pain intensity in small pelvis and the appearance of dysuric phenomena. Ultrasound investigation detected that the migration of the intrauterine device occurred through the left fallopian tube. The end of the intrauterine device thread was located in the lumen of the left fallopian tube. Ultrasound signs of the IUD were manifested by hyperechoic and relatively long structure with the acoustic shadows. The IUD was not detected in the uterine cavity during gynecological examination. For more accurate topical diagnosis of the migrated IUD the patient underwent radiography of the abdominal cavity and small pelvis and the dislocation of the IUD was confirmed. The surgery of the patient was performed through laparoscopic approach. The intraoperative complications were not detected. The surgery lasted for 35 minutes. The drainage tube was removed on the second postoperative day. Antibiotics, nonsteroidal anti-inflammatory drugs and spasmolytics were prescribed to the patient postoperatively. The length of hospital stay was 4 days. Follow-up period in one and three months determined a lack of any complaints in the patient.

Keywords: Intrauterine device, contraception, migration, perforation.

Одним из наиболее распространённых и эффективных методов контрацепции является применение внутриматочной спирали (ВМС) [1]. Около 10% женщин развитых и 16,5% женщин развивающихся стран с целью предохранения от нежелательной беременности прибегают к применению ВМС [1, 2].

Возможность длительного применения, отсутствие потенциально-опасного вреда на организм, возможность повторной беременности после её удаления, простота процедуры имплантации ВМС и относительная низкая стоимость метода являются основными предпосылками для широкого применения данного метода контрацепции [1-3].

Вместе с тем, при применении ВМС в 1,3-1,6/1000 случаев происходит миграция ВМС в свободную брюшную полость и полость малого таза, а так же в мочевого пузырь или сигмовидную кишку с образованием пузырьно-маточных или кишечно-маточных свищей [1, 4-7]. Причиной выхода ВМС за пределы матки, как правило, считается перфорация последней во время введе-

ния спирали, что может не диагностироваться в течение длительного времени. Возможна так же и миграция спирали под эндометрий или в миометрий, и при этом часто развиваются воспалительные процессы и тазовые боли [1, 6].

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Пациентка Х., 1986 г. р., 5.12.2016 г. поступила в лечебно-диагностическое отделение РНЦССХ с жалобами на приступообразные боли внизу живота и учащённое мочеиспускание.

Из анамнеза выяснилось, что за десять дней до обращения была на приёме у гинеколога, и, с целью предохранения от нежелательной беременности, ей было имплантировано медное Т-образное внутриматочное противозачаточное средство (ВМС). Через неделю после установки ВМС больная отмечала ухудшение состояния, в связи с чем принимала спазмолитики. Учащение приступообразных болей и некупируемость их обычными обезболивающими препаратами явились основанием для обра-

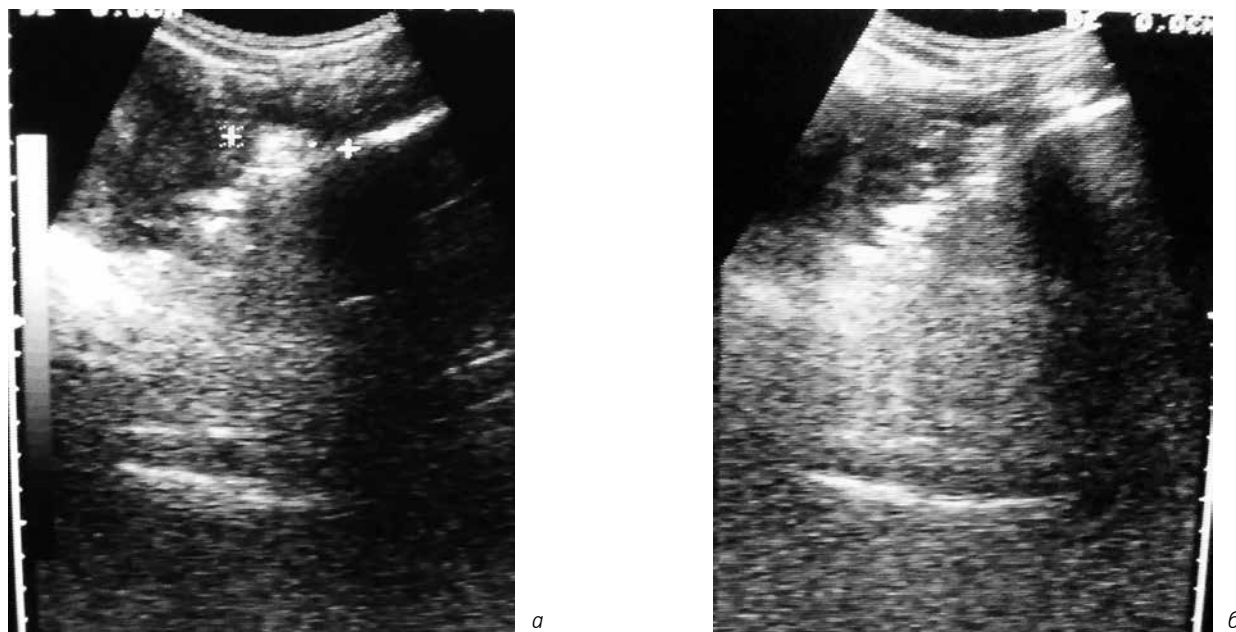


Рис. 1 а, б. Ультразвуковая картина мигрировавшей внутриматочной спирали: а – конец спирали находится внутри левой маточной трубы; б – головка спирали находится свободно в левой подвздошной области.

щения на консультацию в нашу клинику. Последние роды у пациентки до имплантации ВМС были два месяца назад естественным путём. У пациентки в анамнезе имелся медицинский аборт.

При ультразвуковом исследовании отмечается дислокация ВМС в левую подвздошную область через левую маточную трубу. ВМС при УЗ исследовании проявилось как гиперэхогенное, относительно длинное образование с наличием акустических теней (рис. 1 а, б).

С целью более точной топической диагностики миграции ВМС пациентке была выполнена обзорная рентгенография брюшной полости и малого таза, где также подтверждена дислокация ВМС (рис. 2 а, б).

На основании анамнеза, общего и гинекологического осмотра, а также результатов лучевых методов исследования пациентке был выставлен диагноз: «Миграция внутриматочной спирали в свободную брюшную полость. Иностранное тело брюшной полости?».

После короткой предоперационной подготовки пациентке под эндотрахеальным наркозом была выполнена операция – лапароскопическое удаление внутриматочной спирали из полости малого таза. Операция выполнена с использованием 3 точек доступа. При ревизии полости малого таза отмечен спаечный процесс в левой подвздошной области. При ревизии полости мало-

го таза визуализировалась часть ВМС, которая с минимальным рассечением окружающих тканей была мобилизована и удалена (рис. 3).

Операция была завершена дренированием полости малого таза силиконовой трубкой. Интраоперационных осложнений не было. Продолжительность операции составила 35 минут. Дренажная трубка была удалена на вторые сутки. В послеоперационном периоде пациентке были назначены антибиотик, нестероидный противовоспалительный препарат и спазмолитик. Пациентка была выписана на 4 сутки под наблюдение гинеколога и хирурга по месту жительства. Швы сняты на 7 сутки после операции. При контрольном осмотре через один и три месяца пациентка жалоб не предъявляет, состояние удовлетворительное.

ОБСУЖДЕНИЕ

В большинстве случаев после перфорации стенки матки миграция ВМС происходит в малый таз. При развитии данного осложнения могут возникнуть пельвалгии, кишечная непроходимость, кровотечение, перитонит и локальные абсцессы [6]. В ряде случаев первым проявлением, позволяющим заподозрить миграцию ВМС, является наступление беременности [5].

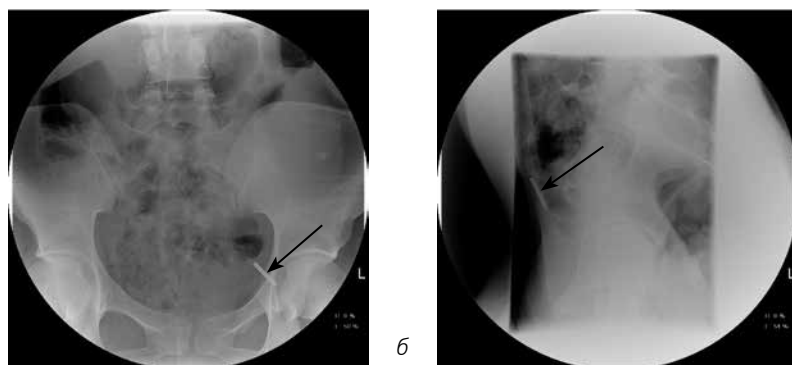


Рис. 2 а, б. Обзорная рентгенография малого таза в прямой (а) и боковой (б) проекциях. Мигрировавшая ВМС указана стрелками.



Рис. 3. Интраоперационное фото этапа удаления BMC из полости малого таза

По мнению ряда авторов, миграция BMC в свободную брюшную полость и малый таз происходит у пациенток с наличием локального асептического воспаления стенки матки и развитием её пролежня, что в дальнейшем приводит к перфорации [2, 3]. Кроме того, данное осложнение может быть обусловлено и травмой стенки матки вследствие грубых манипуляций при имплантации BMC или же при наличии патологии матки (двуродая матка, малые размеры дна матки) [1, 8]. Одной из, так называемых причин перфорации стенки матки и миграции BMC, считают низкий уровень эстрогенов в период лактации и в ближайшем послеродовом периоде, вследствие чего происходят дистрофические изменения стенки матки, что приводит к данному осложнению [1, 5, 8].

Основным методом диагностики миграции BMC является ультразвуковое исследование, позволяющее получить необходимую информацию о состоянии матки, локализации BMC и наличии развившихся осложнений. В наиболее сложных клиниче-

ских ситуациях прибегают к использованию компьютерной или магнитно-резонансной томографии, которые имеют наиболее высокую диагностическую точность.

Согласно рекомендации ВОЗ все мигрировавшие BMC подлежат удалению с применением лапароскопических технологий или же путём проведения лапаротомии; выбор способа операции зависит от наличия осложнений [8]. При отсутствии серьёзных осложнений BMC в основном удаляются лапароскопически, что и было выполнено нами. При наличии кишечных свищей, перитонита, кровотечений, абсцессов и грубых рубцовых процессов удаление BMC производят из лапаротомного доступа [2, 3, 5, 6].

Частота осложнений при применении лапароскопических технологий и лапаротомии, согласно данным литературы, приведена в таблице.

Как видно из таблицы, одним из основных методов удаления BMC из брюшной полости является лапароскопический, а частота послеоперационных осложнений после применения различных методов операций варьирует от 0 до 38%.

Согласно данным Ertopcu K. et al. (2015) при использовании лапароскопических технологий у 18 (50%) пациенток, частота конверсии составила 22%, при минилапаротомии – 6%, что было обусловлено возникшим кровотечением (n=1) и трудностями визуализации BMC (n=3) [5]. Вместе с тем, авторы не отметили статистически достоверной разницы в частоте послеоперационных осложнений в зависимости от выбранного метода операции и доступа.

Le A. Shan et al. (2016) и A. Madena et al. (2016) в лечении маточно-пузырных и маточно-кишечных свищей успешно применяли лапароскопию в сочетании с цисто- или же ректоскопией [10, 11].

Таким образом, продемонстрированный клинический случай показывает, что миграция BMC является одним из часто возникающих осложнений данного вида контрацепции, а своевременная диагностика и хирургическое лечение способствуют полному выздоровлению. Использование лапароскопии позволяет минимизировать риск развития интра- и послеоперационных осложнений и сократить длительность пребывания больного в стационаре.

Таблица. Частота послеоперационных осложнений

Авторы/год	Число наблюдений	Лапароскопия	Лапаротомия	Послеоперационные осложнения
Adiyeye M et al. (2015) [2]	27	17 (63%)	10 (37%)	Нет данных
Kimberly AK, Dina J (2014) [3]	37	32 (86,5%)	5 (13,5%)	1 (2,7%)
Ertopcu K et al. (2015) [5]	36	18 (50%)	18 (50%)	5 (14%)
Soydinc HE et al. (2013) [6]	21	66,7%	33,3%	38%
Cetinkaya K et al. (2011) [9]	18	11 (61%)	7 (39%)	0

ЛИТЕРАТУРА

1. United Nations, World Contraceptive Use 2007, United Nations, Population Division, Dept. of Economic and Social Affairs. New York, NY, USA. 2008.
2. Adiyeye M, Sancı M, Karaca İ, Gökçü M, Töz E, Öcal E.. Surgical management of intrauterine devices migrated towards intra-abdominal structures: 20-year experience of a tertiary center. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2015;XLII (3):358-60. Available from: <http://dx.doi.org/10.12891/ceog1840.2015>.
3. Kimberly AK, Dina J. Perforated intraperitoneal intrauterine contraceptive devices: diagnosis, management, and clinical outcomes. *Chamsy Journal of Minimally Invasive Gynecology.* 2014;21:596-601.
4. Arslan A, Kanat-Pektas M, Yesilyurt H, Bilge U. Colon penetration by a copper intrauterine device: a case report with literature review. *Archives of Gynecology and Obstetrics.* 2009; 279(3):395-7.
5. Ertopcu K, Nayki C, Ulug P. Surgical removal of intra-abdominal intrauterine devices at one center in a 20-year period. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;128(1): 10-3. Available from: <http://dx.doi/10.1016/j.ijgo.2014.07.025>.
6. Soydinc HE, Evsen Ms, Çaça F, Sak ME, Taner MZ, Sak S. Translocated intrauterine contraceptive device: experiences of two medical centers with risk factors and the need for surgical treatment. *J Reprod Med.* 2013; 58(5-6):234-40.
7. Рахмонов ДА, Рашидов ФШ, Калмыков ЕЛ, Маризоева ММ, Бободжонова ОБ, Бокиев ФБ, Амонов ШШ, Садриев ОН. Миграция внутриматочной спирали в свободную брюшную полость (обзор литературы). *Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова.* 2017;25(2):247-62. Available from: <http://dx.doi/10.23888/PAVLOVJ20172247-262>
8. Олимова ОТ, Рафиева ЗХ, Мурадова ЗМ, Шукурова ЗТ. Приемлемость и побочные эффекты различных методов контрацепции у женщин с сахарным диабетом. *Вестник Авиценны.* 2012;4(53):85-9.
9. Cetinkaya K, Kumtepe Y, Ingec M. Minimally invasive approach to cases of lost intra-uterine device: a 7-year experience. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011;159(1):119-21. Available from: <http://dx.doi/10.1016/j.ejogrb.2011.07.003>.
10. Le A, Shan L, Xiao T, Zhuo R, Wang Z. Removal of an incarcerated intrauterine device in the sigmoid colon under the assistance of hysteroscope and laparoscope: a case report. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2015; 42(4):531-4.
11. Madden A, Aslam A, Nusrat NB. A Case of Migrating «Saf-T-Coil» Presenting With a Vesicovaginal Fistula and Vesicovaginal Calculus. *Urol Case Rep.* 2016;23(7):17-9. Available from: <http://dx.doi/10.1016/j.eucr.2016.03.014>. eCollection 2016.

REFERENCES

1. United Nations, World Contraceptive Use 2007, United Nations, Population Division, Dept. of Economic and Social Affairs. New York, NY, USA. 2008.
2. Adiyeye M, Sancı M, Karaca İ, Gökçü M, Töz E, Öcal E. Surgical management of intrauterine devices migrated towards intra-abdominal structures: 20-year experience of a tertiary center. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2015;XLII (3):358-60. Available from: <http://dx.doi.org/10.12891/ceog1840.2015>.
3. Kimberly AK, Dina J. Perforated intraperitoneal intrauterine contraceptive devices: diagnosis, management, and clinical outcomes. *Chamsy Journal of Minimally Invasive Gynecology.* 2014;21:596-601.
4. Arslan A, Kanat-Pektas M, Yesilyurt H, Bilge U. Colon penetration by a copper intrauterine device: a case report with literature review. *Archives of Gynecology and Obstetrics.* 2009; 279(3):395-7.
5. Ertopcu K, Nayki C, Ulug P. Surgical removal of intra-abdominal intrauterine devices at one center in a 20-year period. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;128(1): 10-3. Available from: <http://dx.doi/10.1016/j.ijgo.2014.07.025>.
6. Soydinc HE, Evsen Ms, Çaça F, Sak ME, Taner MZ, Sak S. Translocated intrauterine contraceptive device: experiences of two medical centers with risk factors and the need for surgical treatment. *J Reprod Med.* 2013; 58(5-6):234-40.
7. Rakhmonov DA, Rashidov FSh, Kalmykov EL, Marizoeva MM, Bobodjonova OB, Bokiev FB, Amonov ShSh, Sadriev ON. Migratsiya vnutrimatichnoy spirali v svobodnuyu bryushnuyu polost' (obzor literatury) [Migration of intrauterine device into free abdominal cavity (literature review)]. *Rossiyskiy mediko-biologicheskiy vestnik imeni akademika I.P. Pavlova [I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald].* 2017;25(2):247-62. Available from: <http://dx.doi/10.23888/PAVLOVJ20172247-262>
8. Olimova OT, Rafieva ZH, Muradova ZM, Shukurova ZT. Preemlemost' i pobochnye efekty razlichnykh metodov kontratseptsii u zhenshchin s sakharnym diabetom [Eligibility and side effects of various contraceptive methods in women with diabetes]. *Avicenna Bulletin (Vestnik Avitsenny).* 2012;4(53):85-9.
9. Cetinkaya K, Kumtepe Y, Ingec M. Minimally invasive approach to cases of lost intra-uterine device: a 7-year experience. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011;159(1):119-21. Available from: <http://dx.doi/10.1016/j.ejogrb.2011.07.003>.
10. Le A, Shan L, Xiao T, Zhuo R, Wang Z. Removal of an incarcerated intrauterine device in the sigmoid colon under the assistance of hysteroscope and laparoscope: a case report. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2015; 42(4):531-4.
11. Madden A, Aslam A, Nusrat NB. A Case of Migrating «Saf-T-Coil» Presenting With a Vesicovaginal Fistula and Vesicovaginal Calculus. *Urol Case Rep.* 2016;23(7):17-9. Available from: <http://dx.doi/10.1016/j.eucr.2016.03.014>. eCollection 2016.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Немаззода Окилджон, к.м.н., ведущий научный сотрудник ГУ «РНЦСХ» МЗ и СЗН РТ

Маризоева Махина Махмадуллоевна, врач-акушер-гинеколог Городского родильного дома №2 Управления здравоохранения города Душанбе

Рахмонов Джамазон Ахмедович, к.м.н., врач-хирург отделения эндоскопической хирургии ГУ «РНЦСХ» МЗ и СЗН РТ

Амонов Шухрат Шодиевич, к.м.н., врач-хирург отделения эндоскопической хирургии ГУ «РНЦСХ» МЗ и СЗН РТ

Бокиев Фатхулло Бахшulloевич, к.м.н., заведующий отделением эндоскопической хирургии ГУ «РНЦСХ» МЗ и СЗН РТ

Исмадова Умия Субхоновна, врач-акушер-гинеколог Городского родильного дома №2 Управления здравоохранения города Душанбе

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получили

Конфликт интересов: отсутствует.

AUTHOR INFORMATION

Nematzoda Okildjon, Candidate of Medical Sciences, Leading Researcher at Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery, Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan

Marizoeva Mahina Mahmaddulloevna, obstetrician-gynecologist at City Maternity Hospital № 2 of the Health Department, Dushanbe, Republic of Tajikistan

Rahmonov Djamaon Ahmedovich, Candidate of Medical Sciences, surgeon at Department of Endosurgery at Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery, Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan

Amonov Shuhrat Shodievich, Candidate of Medical Sciences, surgeon at Department of Endosurgery at Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery, Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan

Bokiev Fathullo Bahshulloevich, Candidate of Medical Sciences, Head of Department of Endosurgery at Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery, Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan

Ismatova Umiya Subhonovna, obstetrician-gynecologist at City Maternity Hospital № 2 of the Health Department, Dushanbe, Republic of Tajikistan

✉ АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Неъматзода Окилджон
к.м.н, ведущий научный сотрудник ГУ «РНЦССХ» МЗ и СЗН РТ

734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои, 33
Тел.: (+992) 915 250055
E-mail: sadriev_o_n@mail.ru

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследования: НОН
Сбор материала: МММ, ИУС
Анализ полученных данных: НОН, АШШ, БФБ
Подготовка текста: НОН
Редактирование: АШШ
Общая ответственность: НОН, РДА

Поступила 24.03.2017
Принята в печать 20.04.2017

✉ ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Nematzoda Okildjon
Candidate of Medical Sciences, Leading Researcher at Republican Scientific Center
of Cardiovascular Surgery, Ministry of Health and Social Protection of Population
of the Republic of Tajikistan

734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Sanoi Street 33
Tel.: (+992) 915 250055
E-mail: sadriev_o_n@mail.ru

Submitted 24.03.2017
Accepted 20.04.2017