

УДК: 618.14-007.251-06:615.256.3
DOI: 10.24061/2413-4260.IX.3.33.2019.13

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК «НІМОЇ» ПЕРФОРАЦІЇ МАТКИ ПІСЛЯ ВСТАНОВЛЕННЯ ВНУТРІШНЬОМАТКОВОГО КОНТРАЦЕПТИВУ В АНАМНЕЗІ

Л.В. Никифор, Л.М. Рак,
М.І. Косевич*, І.К. Арійчук**

Вищий державний навчальний заклад України
"Буковинський державний медичний університет",
КНП "Міський клінічний пологовий будинок №1" *,
Лікарня швидкої медичної допомоги **
(м. Чернівці, Україна)

Резюме. Найбільш небезпечне ускладнення при застосуванні внутрішньоматкових протизаплідних засобів - це перфорація матки. За даними експертної групи ВООЗ, перфорація матки у носіїв контрацептиву зустрічається зі значними коливаннями частоти (один випадок на 1509000 введень). Частота перфорацій залежить від виду контрацептиву, матеріалу, з якого він виготовлений, а також, від анатомічних особливостей матки (ретрофлексія матки, рубцеве звуження і деформація цервікального каналу, деформація зовнішнього вічка після діатермокоагуляції шийки матки та ін.). Перфорація матки, зазвичай, відбувається в трьох місцях: в дні матки, в куті між шийкою і тілом матки і в самій стінці шийки матки (дані ВООЗ, 2005).

Клінічний випадок "німої перфорації матки" опубліковано з метою уникнення або зменшення частоти ускладнень при введенні та використанні внутрішньоматкових контрацептивів. У статті наведено клінічний випадок діагностики перфорації матки внутрішньоматковим контрацептивом, яка перебігала безсимптомно впродовж 10 років та була діагностована під час оперативного втручання з приводу міоми матки великих розмірів. Наведено дані анамнезу, опис клінічної картини та особливості перебігу оперативного втручання; обговорено шляхи профілактики даного ускладнення. Аналізуючи клінічний випадок, автори дійшли висновку, що з метою попередження вище зазначених ускладнень необхідно обов'язково верифікувати за допомогою УЗД локалізацію внутрішньоматкового контрацептиву після його введення. У випадку виникнення труднощів при вилученні внутрішньоматкового контрацептиву, дана процедура може бути здійснена під контролем гістероскопа.

Ключові слова: внутрішньоматкова контрацепція; ускладнення контрацепції; перфорація матки.

Найбільш небезпечне ускладнення при застосуванні внутрішньоматкових протизаплідних засобів - це перфорація матки. За даними експертної групи ВООЗ, перфорація матки (ПМ) у носіїв внутрішньоматкового контрацептиву (ВМК) зустрічається зі значними коливаннями частоти (один випадок на 1509000 введень). Частота перфорацій залежить від виду контрацептиву, матеріалу, з якого він виготовлений, а також, від анатомічних особливостей матки (ретрофлексія матки, рубцеве звуження і деформація цервікального каналу, деформація зовнішнього вічка після діатермокоагуляції шийки матки та ін.) [1].

ПМ, зазвичай, відбувається в трьох місцях: у дні матки, в куті між шийкою і тілом матки і в самій стінці шийки матки (дані ВООЗ, 2005). У першому або другому місцях, зазвичай, перфорація стається під час введення внутрішньоматкового засобу. В третьому випадку локалізації ПМ може статися у будь-який час, оскільки даний засіб здатний іноді самостійно проникати в стінку шийки або тіла матки (траслокація).

Виявлено, що іноді ПМ стається при видаленні ВМК через неправильне введення і положення його в матці або в разі використання інструментів (розширювачі, кюретки, абортанг) для вилучення контрацептиву. Доведено, що ПМ частіше відбувається, якщо внутрішньоматковий засіб вводять в період від 48 годин до 6 тижнів після пологів. Це трапляється внаслідок ретракції та інволюції матки. Можливо у даному випадку змінюється положення контрацептиву в порожнині матки. Частота ПМ знижується, якщо внутрішньоматковий протизаплідний засіб вводять в ранньому післяпологовому періоді [1].

У нашій практиці мав місце клінічний випадок діагностики ПМ ВМК, яка перебігала безсимптомно впродовж 10 років та була діагностована під час оперативного втручання з приводу міоми матки великих розмірів.

Хвора Л., 50 років звернулася на консультативний прийом з приводу постійного підтікання сечі та відчуття важкості в нижніх відділах живота, наявності пухлини в черевній порожнині. З анамнезу з'ясовано, що лейоміома матки вперше виявлена у 2013 році про онкопрофогляді. З того часу жінка до гінеколога не зверталась. Постійне підтікання сечі відмічає впродовж останніх 2х місяців.

Менархе з 14 років. Менструації тривалістю 3-4 дні, через 28 днів, помірні, впродовж останнього часу дуже болючі. В анамнезі 5 вагінальних пологів. Під час останніх пологів у 2013 році мала місце післяпологова кровотеча. Зі слів пацієнтки, з 2009 року була носієм ВМК, який, зі слів жінки, було вилучено у медичному закладі через 3 роки після встановлення у зв'язку з плануванням вагітності.

При об'єктивному дослідженні в черевній порожнині пальпується пухлина, яка за розмірами відповідає 20 тижням вагітності; походить з малого тазу, верхній полюс - на один поперечний палець нижче пупка.

При ультразвуковому дослідженні органів черевної порожнини діагностовано три міоматозні вузли великих розмірів: субсерозний в ділянці дна матки (72x61 мм), субсерозний, що розташований по лівому ребру (73x57 мм) та трансмуральний, який виповнює задню стінку матки розміром 139x106 мм та виходить з ділянки першийка. Товщина ендометрію - 24 мм.

При огляді в дзеркалах оцінка стану шийки матки неможлива, оскільки через значне зміщення шийки матки не виводиться в поле зору. Шийка матки пальпаторно вкорочена до 1,5 см, зміщена різко вправо та догори. Матка з вузлами загалом пальпаторно відповідає розмірам як на 20 тижнів вагітності. Низько розташований трансмуральний вузол виповнює усю крижову западину, згладжує задне склепіння піхви.

Також при стандартному обстеженні перед проведенням оперативного втручання діагностовані ішемічна хвороба серця, дифузний кардіосклероз без серцевої недостатності.

Враховуючи розташування та розміри вузла, що може мати значний вплив на топографію сечоводів та призвести до їх інтраопераційного травмування, хвора напередодні операції направлена до уролога, який при цистоскопії діагностував зменшення розмірів сечового міхура та значну деформацію його стінки міоматозним вузлом, що стало причиною постійного підтікання сечі. Урологом виконано стентування сечоводів зі значними технічними труднощами внаслідок вираженого їх зміщення дозад та порушення топографії. Проведена оглядова рентгенографія з метою контролю розташування стентів у сечоводах. Рентгенографічно підтверджено їх вірне розташування. Т-подібне утворення на рентгенограмі (латеральніше лівого сечовода, приблизно на рівні четвертого поперекового хребця) було схоже на артефакт, яких на знімку було декілька (рис.1).

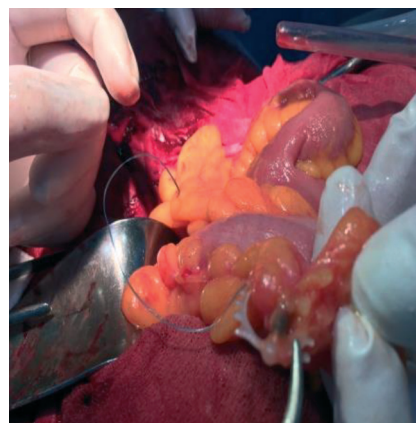
Після проведення нижньо-серединної лапаротомії та екстирпації матки з матковими трубами при пальпації стентованих сечоводів та ревізії органів малого тазу й черевної порожнини виявлено синтетичну нитку, яка виявилась провідником ВМК «Мультилоуд». Сам контрацептив розташований у брижі середньої частини попереково-ободової кишки (рис.2).

Стороннє тіло висічено за допомогою монополярного електроножа та вилучено з черевної порожнини. Ускладнень не було.



**Рис.1 Рентгенограма пацієнтки Л.,
Наявне Т-подібне утворення на рівні
четвертого поперекового хребця**

В літературі описано ряд випадків, які свідчать про можливу відсутність ускладнень під час самого введення ВМК, у той же час, міграція в черевну порожнину може бути в більш пізньому періоді. Описано випадок міграції ВМС в черевну порожнину через маткову трубу, що проявило



**Рис. 2 Внутрішньоматковий контрацептив
«Мультилоуд», який виявлено інтраопераційно
у брижі середньої частини попереково-ободової
кишки та інтраопераційно вилучено**

себе клінічно через тиждень після введення [2]. Вважаємо необхідною обов'язкову верифікацію локалізації ВМК за допомогою ультразвукового дослідження одразу після його введення.

Більшість авторів рекомендують при міграції контрацептиву в черевну порожнину видалити його. Особливо це стосується мідьвмісних внутрішньоматкових засобів, які незабаром після потрапляння в черевну порожнину викликають запальну реакцію органів черевної порожнини і призводять до спайкових процесів. Але частина дослідників вважає можливим залишати контрацептиви відкритого типу (петлі та ін.) в черевній порожнині, вдаючись до їх вилучення лише при клінічній симптоматиці. І лише внутрішньоматкові засоби закритого типу (кільця, дуги) рекомендують обов'язково видалити [1].

Згідно рекомендацій ВООЗ, всі ВМК, що мігрують, підлягають видаленню за допомогою лапароскопічних технологій або шляхом проведення лапаротомії. Вибір способу операції залежить від наявності ускладнень [2,3,4]. При відсутності серйозних ускладнень, ВМК, в основному, видаляється лапароскопічним шляхом. При наявності кишкових свищів, перитоніту, кровотеч, абсцесів, грубих рубцьових процесів, видалення ВМС проводять лапаротомним доступом [2,4]. Вважаємо, що кожен випадок є індивідуальним і потребує ретельної уваги зі сторони лікаря.

Висновки:

1. Вважаємо, що з метою попередження вище зазначених ускладнень, необхідно обов'язково верифікувати за допомогою ультразвукового дослідження локалізацію внутрішньоматкового контрацептиву одразу після його введення.

2. У випадку виникнення труднощів при вилученні внутрішньоматкового контрацептиву, дана процедура може бути здійснена під контролем гістероскопа.

3. Внутрішньоматкові контрацептиви, які не виявляються в порожнині матки за відсутності даних про їх експульсію, можуть бути виявлені на оглядовій рентгенограмі в черевній порожнині. У більш складних випадках можна вдаватися до комп'ютерної або магніто-резонансної томографії, які мають найбільшу діагностичну точність.

Література

1. Петров ЮА. Перфорация матки при использовании внутриматочных противозачаточных средств (обзор литературы). Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2017;3(Ч 1):69-71.
2. Ньматзода О, Маризоева ММ, Рахмонов ДА, Амонов ШШ, Бокиев ФБ, Исмадова УС. Случай успешного хирургического лечения мигрировавшей в полость малого таза внутриматочной спирали. Вестник Авиценны. 2017;19(1):129-32. doi: 10.25005/2074-0581-2017-19-1-129-133
3. Романенко ВА, Теплякова МА. Побочные явления и осложнения внутриматочной контрацепции. Молодой ученый. 2017;3(Спецвып 3):51-3.
4. Рахмонов ДА, Рашидов ФШ, Калмыков ЕЛ, Маризоева ММ, Бобджонова ОБ, Бокиев ФБ, и др. Миграция внутриматочной спирали в свободную брюшную полость. Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2017;25(2):247-55. doi: 10.23888/PAVLOVJ20172247-262

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ «НЕМОЙ» ПЕРФОРАЦИИ
МАТКИ ПОСЛЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНОГО
КОНТРАЦЕПТИВА В АНАМНЕЗЕ**

Л.В. Никифор, Л.М. Рак, М.І. Косевич, І.К. Ариичук***

Высшее государственное учебное заведение
Украины "Буковинский государственный
медицинский университет",
КНП "Городской клинический родильный дом №1"*,
Больница скорой медицинской помощи**
(г. Черновцы, Украина)

Резюме. Самое опасное осложнение во время использования внутриматочных контрацептивов – это перфорация матки. Согласно данным экспертной группы ВООЗ, перфорация матки у носителей контрацептива встречается со значительными колебаниями частоты встречаемости (один случай на 1509000 введений). Частота перфораций зависит от вида контрацептива, материала, из которого он изготовлен, а также от анатомических особенностей матки (ретрофлексия матки, рубцовое сужение и деформация цервикального канала, деформация наружного зева после диатермокоагуляции шейки матки и др.).

Перфорация матки, как правило, происходит в трех местах: в дне матки, в углу между шейкой и телом матки и, собственно, в стенке шейки матки (данные ВОЗ, 2005).

Клинический случай "немой перфорации матки" опубликовано с целью избежания или уменьшения частоты осложнений при введении и использовании внутриматочных контрацептивов. В статье приведен клинический случай диагностики перфорации матки внутриматочного контрацептива, которая вела себя бессимптомно на протяжении 10 лет и была диагностирована во время оперативного вмешательства по поводу миомы матки больших размеров. Приведены данные анамнеза, описание клинической картины и особенности течения оперативного вмешательства. Обсуждены пути профилактики данного осложнения. Анализируя клинический случай, авторы пришли к выводу, что с целью предупреждения вышеупомянутых осложнений, необходимо обязательно верифицировать с помощью ультразвукового исследования локализацию внутриматочного контрацептива после его введения. В случае возникновения трудностей при извлечении внутриматочного контрацептива, данная процедура может быть осуществлена под контролем гистероскопа.

Ключевые слова: внутриматочная контрацепция; осложнения контрацепции; маточная перфорация.

Контактная информация:

Рак Лілія Михайлівна – к.мед.н., доцент, доцент кафедры акушерства та гінекології Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці, Україна).
e-mail: lileyarlm999@gmail.com

Контактна адреса: площа Театральна, 2, м. Чернівці, 58002, Україна.

Контактний телефон: +38 (050) 5626678.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4394-3274>

Researcher ID: <https://publons.com/researcher/3111886/lilia-rak/publications/>

Контактная информация:

Рак Лилия Михайловна – к.мед.н., доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии Высшего государственного учебного заведения Украины «Буковинский государственный медицинский университет» (г. Черновцы, Украина).
e-mail: lileyarlm999@gmail.com

Контактный адрес: площадь Театральная, 2, м. Черновцы, 58002, Украина.

Контактный телефон: +38 (050) 5626678.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4394-3274>

ResearcherID: <https://publons.com/researcher/3111886/lilia-rak/publications/>

**CLINICAL CASE OF SILENT UTERINE
PERFORATION AFTER INNECTORAL
CONTRACEPTIVES PLACEMENT IN ANAMNESIS**

L. V. Nykyfor, L. M. Rak, M. I. Kosevych, I. K. Ariichuk***

HSEE of Ukraine «Bukovinian
state medical university»,
ME «City clinical maternity
hospital №1»*,
Emergency hospital**
(Chernivtsi, Ukraine)

Summary. The most dangerous complication when using intrauterine contraceptives is the perforation of the uterus. According to the WHO expert group, uterine perforation in contraceptive carriers is associated with significant frequency fluctuations (one case per 1509,000 placements). The frequency of perforations depends on the type of contraceptive, the material from which it is made, as well as on the anatomical features of the uterus (retroflexion of the uterus, scar narrowing and deformation of the cervical canal, deformation of the external cervical os after diathermocoagulation of the cervix, etc.).

Uterine perforation usually occurs in three places: at the bottom of the uterus, in the corner between the cervix and its body and at the wall of the cervix (WHO data, 2005).

A clinical case of "silent uterine perforation" has been published to avoid or reduce the incidence of complications with the placement and use of intrauterine contraceptives. The article presents a clinical case of detected uterine perforation with uterine contraceptive, which has been asymptomatic for 10 years and has been diagnosed as an accidental finding during surgery for large size uterine fibroids. The anamnesis data, description of the clinical picture and features of the course of surgery are given; ways of prevention of this complication are discussed. Analyzing the clinical case, the authors concluded that in order to prevent the above complications, it is necessary to verify the localization of the intrauterine contraceptive with the ultrasound after its placement. In case of difficulty in removing the intrauterine contraceptive, this procedure may be performed under the control of a hysteroscope.

Key words: Intrauterine Contraception; Complications of Contraception; Uterine Perforation.