

УДК 616.62+616.643]-003.6-07-08-053.8

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ УРЕТРЫ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ВЗРОСЛЫХ

А. В. Прохоров

Городская клиническая больница № 57, г. Москва, Россия

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF URETHRAL AND URINARY FOREIGN BODIES IN ADULTS

A. V. Prokhorov

City Clinical Hospital № 57, Moscow, Russian Federation

Цель. Улучшение качества диагностики и лечения инородных тел (ИТ) уретры и мочевого пузыря.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 38 случаев ИТ уретры и мочевого пузыря, наблюдавшихся в ГКУБ № 47 и ГКБ № 57 г. Москвы за период с 1995 по 2015 г. Для диагностики ИТ применялись клиничко-лабораторные, рентгенологические, ультразвуковые и эндоскопические методы исследования органов мочеполовой системы.

Результаты. Частота случаев ИТ уретры и мочевого пузыря составила примерно 1 случай на каждые 3500–4000 случаев острых заболеваний мочеполовых органов в год. Более 2/3 пациентов были мужчинами молодого возраста, половина из них страдала различными психическими заболеваниями. Более чем в 1/2 случаев различные ИТ, преимущественно предметы домашнего обихода, вводились в уретру с аутоэротической целью. В 2/3 случаев ИТ спровоцировали острую задержку мочи и макрогематурию, что послужило поводом для экстренной госпитализации. Все пациенты были распределены в 2 клинические группы, различающиеся по возрастному составу, структуре сопутствующих заболеваний, каузативных факторов, локализации и характеру ИТ. Диагностика ИТ осуществлялась по разработанному нами алгоритму, включающему последовательное применение клиничко-лучевых, инструментальных и эндоскопических методов исследования. При извлечении ИТ из уретры и мочевого пузыря предпочтение отдавалось уретроцистоскопии, которая применялась с лечебной и диагностическими целями. Прогноз после удаления ИТ был благоприятный у всех больных.

Выводы. Выделение клинических групп пациентов с ИТ уретры и мочевого пузыря способствовало оптимизации диагностического процесса, а в некоторых случаях – помогло предопределить лечебную тактику. Клиничко-лучевые и инструментальные методы исследования помогли установить правильный диагноз, определить размеры, локализацию ИТ и определить лечебную тактику у 85 % пациентов. Применение операционной уретроцистоскопии в качестве основного метода лечения позволило удалить ИТ из уретры и мочевого пузыря почти у 80 % пациентов.

Ключевые слова. Инородные тела уретры и мошонки, диагностика и лечение.

Aim. To improve the quality of diagnosis and treatment of urethral and urinary foreign bodies (FB).

Materials and methods. Thirty eight cases of urethral and urinary foreign bodies observed at CCUH № 47 and CCH № 57 of Moscow over the period from 1995 to 2015 were analyzed retrospectively. To diagnose FB, clinicolaboratory, roentgenological, ultrasound and endoscopic methods for investigation of urogenital organs were used.

© Прохоров А.В., 2015
e-mail: botex@rambler.ru
тел.: +7 (499) 163-42-90

[Прохоров А. В. – кандидат медицинских наук, заведующий отделением ультразвуковой диагностики].

Results. The incidence rate of urethral and urinary FB was approximately 1 case per each 3500–4000 cases of acute urogenital diseases a year. More than 2/3 of patients were young men, half of them suffered from different mental diseases. In more than 1/2 of cases, different FB, predominantly household goods, were inserted into the urethra for autoerotic purpose. In 2/3 of cases foreign bodies provoked an acute ischuria and macrohematuria requiring urgent hospitalization. All patients were divided into 2 clinical groups different by age, structure of concomitant diseases, causative factors, localization and character of FB. Diagnosis of FB was carried out by the algorithm, developed by us, which included sequential use of clinicoradial, instrumental and endoscopic methods of study. Urethrocystoscopy used for diagnosis and withdrawal of FB from the urethra and urinary bladder was preferable.

Conclusions. Division of patients with urethral and urinary FB into clinical groups into clinical groups contributed to optimization of diagnostic process, and in some cases helped to determine medical tactics. Clinicoradial and instrumental methods helped to diagnose, to assess sizes, localization of FB and to determine medical tactics in 85 % of patients. Surgical urethrocystoscopy, as the basic technique, permitted to withdraw urethral and urinary FB from 80 % of patients.

Key words. Urethral and urinary foreign bodies, diagnosis and treatment.

ВВЕДЕНИЕ

В клинической практике инородные тела (ИТ) уретры и мочевого пузыря встречаются нечасто и составляют, пожалуй, один из самых драматичных и казуистичных разделов неотложной урологии и уро-радиологии. Несмотря на многочисленную литературу по ИТ уретры и мочевого пузыря, подавляющее большинство публикаций на эту тему представлено описанием отдельных клинических наблюдений. Согласно Н. А. Лопаткину и соавт. (1998, 2009), к ИТ относятся посторонние предметы, введенные в уретру или мочевой пузырь самим пациентом, а также попавшие туда случайно при инструментальных или оперативных вмешательствах в результате технических ошибок, при огнестрельных ранениях или миграции из соседних органов в результате гнойно-некротического процесса [1, 2]. Как показал обзор 1272 случаев ИТ уретры и мочевого пузыря, выполненный Т. Nakatani и соавт. (1983), мужчины, исходя из различных побуждений, вводят ИТ себе в уретру в 1,7 раза чаще, чем женщины [12].

Встречаются разнообразные ИТ уретры и мочевого пузыря, которые нередко поражают воображение даже самых опытных специалистов. Среди них описаны различ-

ные острые предметы (заколки для волос, шурупы, гвозди, рыболовные крючки, шпильки, грифели, обломки палок, металлические стрежни, булавки, иголки), крупные объекты (гальванические батарейки питания типа 3А, винты, фрагменты садовых шлангов, щеток и шариковых ручек, обрывки электрокабелей, лампочки, пластмассовые бутылочные пробки), органические материалы и некоторые живые существа (морковь, огурцы, бамбуковые палочки, перья, листья, семена, беличьи хвосты, гельминты и даже змеи), медицинские изделия (пинцеты, термометры, фрагменты катетеров, дренажей, стентов, медицинских инструментов, марлевые и ватные тампоны, гигиенические ватные палочки, намагниченные шарики для лечения хронического простатита), лекарственные препараты (парафиновые свечи, пасты и эмульсии) [1–15]. Известный английский хирург и уролог Генри Моррис (Henry Morris) в 1901 г. по этому поводу писал: «Слишком длинный лист инородных тел можно было бы составить, если считать все те тела, которые вводились в уретру безумными, похотливыми или просто любопытными...» пациентами [цит. по 2].

В литературе обсуждаются различные мотивы и описываются самые разнообразные, порой анекдотичные, ситуации, связан-

ные с введением ИТ в уретру и мочевого пузыря самим пациентом. Самостоятельное введение ИТ в мочевые пути наиболее часто встречается в молодом возрасте и осуществляется при мастурбации с аутоэротической целью у пациентов с психическими заболеваниями или пограничными расстройствами личности, в состоянии алкогольного или наркотического опьянения; вследствие шалости (у детей) или необычно высокой сексуальной любознательности у пациентов с парафилией [1, 2, 6, 10, 12, 13]. Некоторые пациенты, обычно пожилого возраста, не имея явных сопутствующих психических заболеваний, сами осознанно вводят ИТ в уретру с лечебной целью при задержке мочеиспускания, для уменьшения зуда в уретре, при лечении цистита [1, 2, 6, 12, 13]. Значительно реже ИТ вводятся для самоповреждения при уклонении от военной службы, уголовного наказания, а также при попытке криминального аборта [3, 5, 8]. В некоторых случаях введение ИТ в уретру осуществляется половым партнером для стимуляции эрекции [8]. Согласно статистике Н. Aliabadi и соавт. (1985), из 18 случаев ИТ нижних мочевых путей мотивами для самостоятельного введения ИТ в уретру были облегчение затрудненного мочеиспускания – у 7 (39 %) больных, аутоэротизм – у 6 (33 %), наличие психического заболевания – у 2 (11 %) и отсутствие определенной причины – у 3 (17 %) [3].

За последнее время отмечается увеличение числа случаев ИТ уретры и мочевого пузыря среди подростков, мужчин молодого и среднего возраста, что, вероятно, связано с ростом психических заболеваний и пограничных состояний на почве алкоголизма и наркомании, а также с возрастанием количества инструментальных операций и манипуляций на мочевых путях [8, 14, 15]. В качестве необычных причин роста числа случаев ИТ уретры рассматривается увлечение модными тенденциями последних лет, такими

как мужской генитальный пирсинг [8, 15]. Согласно интернет-опросу К. Rinard и соавт. (2010) из 445 мужчин, увлекающихся генитальным пирсингом, 354 (80 %) ответили утвердительно на вопрос, касающийся возможного внедрения ИТ в половой член или в уретру с целью получения сексуального или эротического наслаждения, причем 85 (24 %) из них делают это постоянно. Как показал опрос, к последней подгруппе относятся состоятельные мужчины, имеющие годовой доход 45 000–75 000 долларов, в основном кавказской национальности, получившие образование в колледже и предпочитающие моногамные и гетеросексуальные половые отношения. Среди них 62 (73 %) респондента для получения сексуального наслаждения используют в качестве ИТ твердые предметы и 11 (13 %) применяют различные жидкости для ретроградной инстилляции в уретру с целью увеличения объема полового члена [14]. В качестве другой экстраординарной причины роста числа случаев ИТ нижних мочевых путей рассматривается увлечение Интернетом. Х. Sinopidis и соавт. (2012) считают, что повсеместный доступ к сети Интернет может привести к росту числа случаев ИТ уретры и мочевого пузыря. Авторы сообщили о случае ИТ уретры у подростка в возрасте 12 лет, самостоятельно вставившего себе в уретру электрический провод от телевизора после прочтения онлайн-документа, который ложно утверждал, что этот способ увеличит длину его полового члена и предоставит ни с чем не сравнимое эротическое наслаждение [15].

Пациенты с ИТ нижних мочевых путей могут обратиться к врачам различных специальностей (урологу, гинекологу, дерматовенерологу, врачам общей практики) с жалобами на различные расстройства мочеиспускания, боли внизу живота и в наружных половых органах, гнойные выделения из уретры и половых органов [1, 2, 9–12, 15].

Они могут длительно и безуспешно лечиться по поводу различных воспалительных заболеваний мочеполювых органов или недержания мочи [1, 2]. Известны клинические случаи латентного течения ИТ уретры и мочевого пузыря, при этом ИТ обнаруживаются случайно при обследовании по поводу лейкоцитурии или микрогематурии [8, 9, 15]. Однако чаще всего эти пациенты поступают по неотложным показаниям в урологическое или хирургическое отделения больницы с макрогематурией или с острой задержкой мочеиспускания [4, 11, 13].

Цель работы – улучшение качества диагностики и лечения ИТ уретры и мочевого пузыря у взрослых.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основу работы положен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 38 пациентов в возрасте 18–56 лет с ИТ уретры и мочевого пузыря, которые находились в городской клинической урологической больнице № 47 и урологическом отделении городской клинической больницы № 57 департамента здравоохранения г. Москвы, с 1995 по 2015 г. Всем пациентам с диагностической целью выполнялись стандартные клинико-лабораторные, рентгенологические, ультразвуковые и эндоскопические исследования органов мочеполювой системы. При анализе клинических наблюдений изучались следующие показатели: возраст, социальное положение пациента; предрасполагающие и каузативные факторы заболевания, длительность заболевания, направительный диагноз, сопутствующие заболевания, клинико-лабораторная картина, эхосемиотика, методы лечения и исход заболевания. Применялись стандартные методы вариационной статистики. При помощи программного обеспечения Microsoft Excel вычислялись средние арифметические зна-

чения M и средние квадратичные отклонения σ анализируемых показателей. Различия между выборками оценивались по критерию вероятности p и считались достоверными при $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Частота случаев ИТ уретры и мочевого пузыря составила 0,01 %, или примерно 1 случай на каждые 3500–4000 случаев острых заболеваний мочеполювых органов в год. Мужчин было 36 (95 %), женщин – 2 (5 %). Возраст пациентов варьировался от 18 до 56 лет, в среднем $34 \pm 8,3$ г. Социальный статус пациентов был следующим: рабочие различных предприятий – 12 (32 %), неработающие – 8 (21 %), инвалиды – 6 (16 %), пенсионеры – 5 (13 %), техническая интеллигенция – 4 (10 %), творческая интеллигенция – 3 (8 %). Постоянно проживали в городе 35 (92 %), в пригороде – 3 (8 %) человека. Поводом для поступления в урологический стационар послужили: острая задержка мочеиспускания – у 23 (61 %) больных, выраженная странгурия – у 10 (31 %), уретроррагия – у 2 (3 %), терминальная макрогематурия – у 2 (3 %), поллакиурия до 20–30 раз в сутки – у 1 (2 %). Сроки госпитализации в стационар составили 2–72 ч (в среднем – 5,5 ч) от начала заболевания. Были доставлены бригадой скорой помощи 32 (84 %) пациента и обратились самостоятельно 6 (16 %). Направительные диагнозы у 32 пациентов, доставленных бригадой скорой помощи, были следующие: острая задержка мочеиспускания – у 20 (63 %), подозрение на инородное тело уретры и мочевого пузыря – у 6 (19 %), макрогематурия – у 4 (12), острый цистит – у 2 (6 %). Сопутствующие заболевания были выявлены у 32 (82 %) человек. Среди них следует отметить различные психические расстройства и пограничные состояния (шизофрения, маниакально-депрессивный синдром, наркомания

и алкоголизм, психопатии) – у 18 (47 %), хронический уретропростатит – у 10 (26 %), посттравматический нейрогенный мочевого пузырь – у 8 (21 %), доброкачественная гиперплазия предстательной железы – у 7 (18 %), синдром Дауна – у 2 (5 %), детский церебральный паралич – у 2 (5 %). Мотивы для введения ИТ в уретру и мочевого пузырь присутствовали у 28 (74 %) пациентов. К ним относились мастурбация с целью получения эротического наслаждения – у 20 (54 %) пациентов, сексуальная любознательность или парафилия – у 4 (10 %), с лечебной целью – у 4 (10 %). Объяснить причину введения ИТ в уретру не смогли 4 (10 %) человека. У оставшихся 6 (16 %) пациентов ИТ в уретру и мочевого пузырь попали в результате различных лечебно-диагностических манипуляций и операций. Среди ИТ чаще наблюдались различные предметы домашнего обихода (шпильки для волос, вязальные спицы, авторучки, карандаши, пластиковые шланги, гвозди, ватные гигиенические палочки) – у 32 (84 %); различные медицинские изделия (инкрустированные солями фрагменты катетеров, стентов, дренажей, намагниченные металлические шарики для лечения хронического простатита) были обнаружены у 6 (16 %) пациентов. Таким образом, большинство наших пациентов были мужчинами молодого возраста, городскими жителями и по социальному статусу – рабочими различных предприятий, половина из них страдала различными психическими заболеваниями и отклонениями. Более чем в половине случаев введение в уретру различных ИТ, преимущественно предметов домашнего обихода, осуществлялось с аутоэротической целью. В 2/3 случаев ИТ спровоцировали острую задержку мочи и макрогематурию, что послужило поводом для экстренной госпитализации в урологический стационар.

В ходе анализа все пациенты с ИТ уретры и мочевого пузыря были условно

распределены в 2 клинические группы. В 1-ю группу вошли 28 (74 %) человек. Характерные особенности пациентов 1-й группы таковы: молодой возраст (в среднем $23,3 \pm 6,5$ г.), наличие в анамнезе различных психических заболеваний – у 16 (57 %), наркомании и алкоголизма – у 13 (46 %); преднамеренное введение ИТ в уретру с целью сексуального удовлетворения – у 28 (100 %); предпочтительная локализация ИТ в переднем отделе уретры – у 19 (68 %); случаи повторного введения ИТ в уретру и мочевого пузырь – у 6 (21 %). Среди ИТ в этой группе наиболее часто встречались вязальные спицы, гигиенические ватные палочки, заколки для волос, карандаши и авторучки – у 20 (71 %) пациентов. 2-ю группу составили 10 (26 %) пациентов (рис. 1). Характерные особенности пациентов 2-й группы: зрелый возраст (в среднем $53,6 \pm 2,5$ г.), наличие в анамнезе длительно текущего хронического уретропростатита – у 4 (40 %), нейрогенного мочевого пузыря, требующего аутокатетеризации – у 3 (30 %), оперативные вмешательства на нижних мочевых путях с установкой эндоуретральных спиралей и дренажей – у 3 (30 %); предпочтительная локализация ИТ в заднем отделе уретры и в мочевом пузыре – у 8 (80 %). Среди ИТ в этой группе наиболее часто встречались намагниченные шарики и свечи для лечения хронического простатита – у 4 (40 %) пациентов, фрагменты уретральных и мочеточниковых катетеров, стентов – у 3 (30 %), металлические эндоуретральные спирали-стенты и силиконовые дренажи – у 3 (30 %) (рис. 2–5). Такое разделение пациентов с ИТ позволило оптимизировать диагностический процесс: своевременно определять необходимый набор диагностических средств и целенаправленно исследовать мочевые пути с целью обнаружения ИТ, а в некоторых случаях – предопределить лечебную тактику.

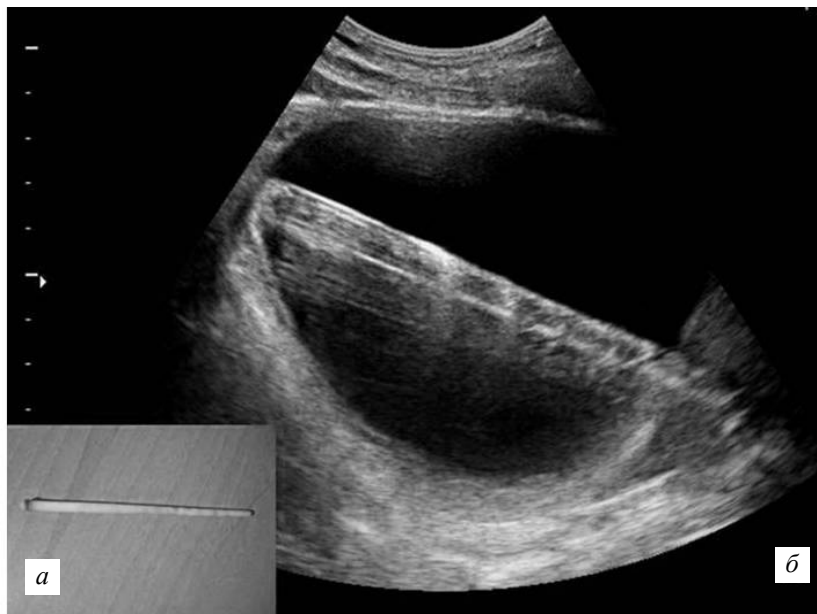


Рис. 1. Больной М., 26 лет. Инородное тело задней уретры и мочевого пузыря. Клиническая картина острого цистита с терминальной гематурией: а – инородное тело: пластиковая вязальная спица длиной 15 см; б – эхограмма мочевого пузыря с инородным телом



Рис. 2. Больной И., 56 лет. Инородное тело уретры и мочевого пузыря. Клиническая картина острой задержки мочеиспускания: а – инородное тело: немагнитные металлические шарики в виде бус длиной 30 см для внутриуретральной магнитотерапии хронического простатита; б – обзорная рентгенограмма таза

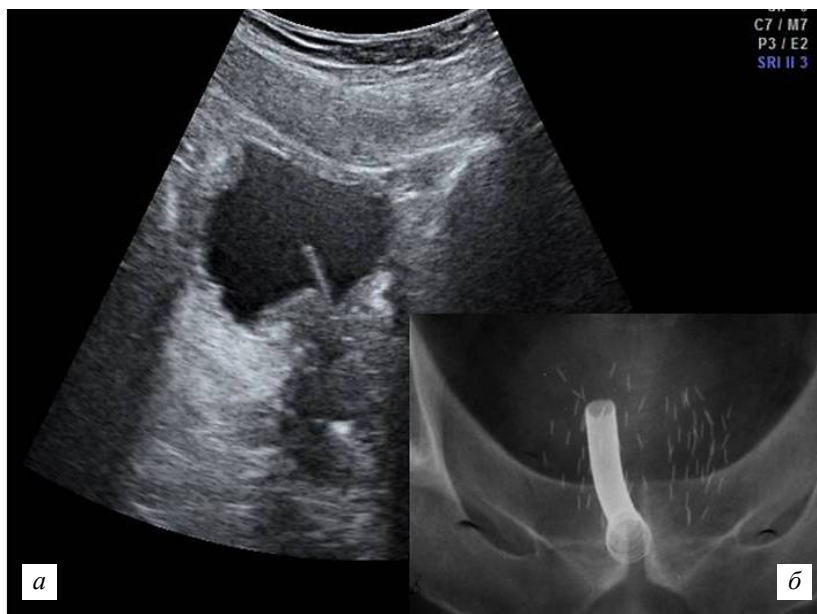


Рис. 3. Больной П., 64 г. Рак простаты, состояние после брахитерапии I-125, осложнившейся стриктурой задней уретры. Частичная дислокация внутриуретральной стент-спирали из уретры в мочевой пузырь. Клиническая картина острой задержки мочеиспускания: а – эхограмма мочевого пузыря со стентом; б – обзорная рентгенограмма таза: стент-спираль на фоне радиоактивных зерен изотопа I-125 в паренхиме простаты

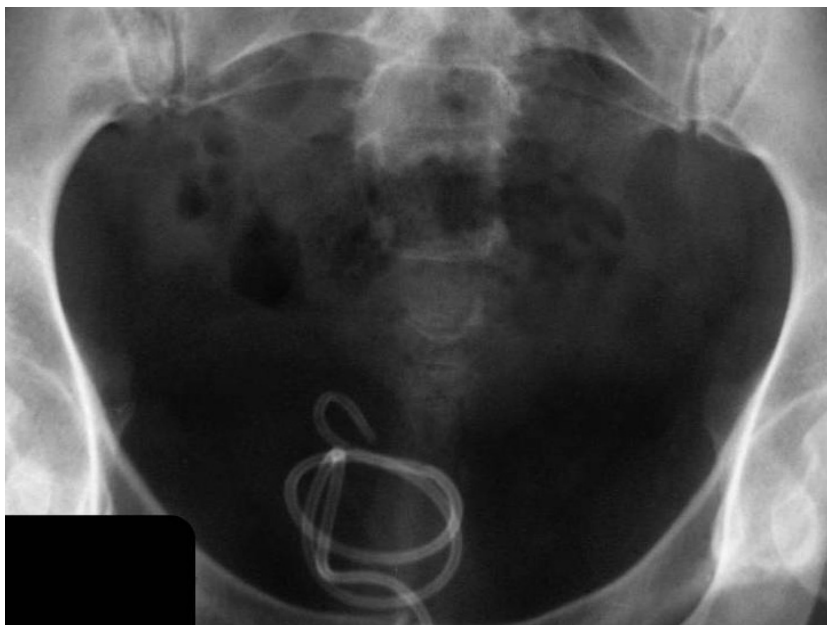


Рис. 4. Больная М., 35 лет. Иноородное тело мочевого пузыря. Клиническая картина хронического цистита. Обзорная рентгенограмма таза. В проекции мочевого пузыря – фрагмент свернувшегося мочеточникового катетера



Рис. 5. Больной К., 43 г. Инородное тело мочевого пузыря. Клиническая картина макрогематурии. Эхограмма мочевого пузыря. В полости мочевого пузыря – фрагмент кальцинированного мочеточникового стента

Диагностика ИТ уретры и мочевого пузыря в типичных случаях несложна [1, 2, 5]. Диагноз обычно устанавливается на основании характерного анамнеза, клинической картины и тщательного физикального обследования. Клиническая картина определяется формой, размерами и локализацией ИТ и представлена ирритативными или обструктивными симптомами поражения нижних мочевых путей [1, 2]. В случаях умышленного сокрытия пациентом или вследствие психического страдания при подслизистой локализации ИТ в мочевом пузыре, перфорации стенки мочевого пузыря или ложном камнеобразовании могут возникнуть диагностические затруднения [1–3, 9, 15]. Среди клинических, инструментальных и лучевых методов исследования применяют пальпацию висячей части уретры, пальцевое ректальное исследование (при локализации ИТ в перепончатой части уретры), бужирование уретры, обзорную рентгенографию таза, восходящую уретроцистографию, ультразвуковое исследование (УЗИ) уретры и мочевого пузыря (имеющее ценность особенно при рентгеноне-

гативных ИТ), компьютерную томографию и в завершение – эндоскопическую уретроцистоскопию, которую чаще осуществляют не только с диагностической, но и с лечебной целью [1, 2, 5, 8, 9, 12, 15].

Диагностика ИТ уретры и мочевого пузыря в наших наблюдениях была комплексной и особых затруднений также не представляла. Мы использовали разработанный нами диагностический алгоритм, включающий последовательное применение клинико-лучевых, инструментальных и эндоскопических методов. На начальном этапе, при подозрении на ИТ нижних мочевых путей, после сбора жалоб и данных анамнеза осуществляли физикальное и инструментальное исследование уретры и наружных половых органов при помощи пальпации висячего отдела уретры, пальцевого ректального исследования промежностного отдела уретры и бужирования переднего отдела уретры эластическими бужами разного калибра (№ 10–16 по Шарьеру). На этом этапе ИТ были выявлены у 15 (40 %) пациентов, все они были локализованы в переднем отделе уретры.

На 2-м этапе обследования применяли стандартные обзорное рентгенологическое исследование и трансабдоминальное УЗИ верхних и нижних мочевых путей, с уточняющей целью выполняли наружное УЗИ переднего отдела уретры с применением линейного датчика высокого разрешения (6–16 МГц), а для диагностики ИТ заднего отдела уретры и мочевого пузыря (в случаях невозможного его наполнения из-за выраженной поллакиурии) – трансректальное УЗИ с использованием внутрисполостного датчика (5–12 МГц). При подозрении на травму уретры (у пациентов с уретроррагией) применялась восходящая уретроцистография. На 2-м этапе обследования ИТ уретры и мочевого пузыря были выявлены дополнительно у 17 (45 %).

На заключительном этапе диагностики в рентгенооперационной под управляемой внутривенной анестезией выполнялась уретроцистоскопия, в ходе которой ИТ уретры и мочевого пузыря были распознаны дополнительно у 5 (15 %) пациентов. Показаниями для выполнения уретроцистоскопии были подозрение на ИТ уретры и мочевого пузыря (по данным анамнеза), макрогематурия с развитием тампонады мочевого пузыря и негативные результаты УЗИ и обзорной рентгенографии таза. У всех этих пациентов были обнаружены рентгеногемативные ИТ задней уретры и мочевого пузыря (пластиковые вязальные спицы, фрагменты авторучек), которые были успешно удалены. Таким образом, применяемые клиничко-лучевые методы позволили на дооперационном этапе установить правильный диагноз, определить размеры, локализацию ИТ и лечебную тактику у большинства (85 %) пациентов. У остальных 15 % пациентов с тампонадой мочевого пузыря и рентгеногемативными ИТ задней уретры и мочевого пузыря оказалось эффективным применение диагностической уретроцистоскопии.

Чаще всего ИТ локализируются в ладьевидной ямке или луковичном отделе уретры

[2]. Самостоятельная попытка извлечь ИТ обычно заканчивается неудачей, и ИТ мигрирует в задний отдел уретры или в мочевой пузырь. В большинстве случаев ИТ, вставленные в уретру, не могут быть удалены врачом-специалистом с помощью различных мануальных манипуляций (щипцов, зажимов, инстилляций) и требуют неотложной эндоскопической или открытой хирургии. Методом выбора при удалении ИТ уретры и мочевого является эндоскопический (при помощи операционного уретроцистоскопа) [1, 2, 6, 13]. При крупных размерах ИТ и невозможной их фрагментации при уретроцистоскопии, при наличии выраженного сопутствующего воспалительного процесса применяют открытые способы удаления ИТ (меатотомию, уретротомию, цистостомию) с обязательным временным отведением мочи путем надлобковой цистостомии в послеоперационном периоде [1, 2, 9, 11].

Среди применяемых нами лечебных методов удаления ИТ из уретры и мочевого пузыря хирургические были основными. При помощи операционной уретроцистоскопии ИТ уретры и мочевого пузыря удалены у 30 (79 %) пациентов. Открытые оперативные вмешательства (уретротомия, цистостомия) были выполнены у 3 пациентов с ИТ мочевого пузыря и стриктурой уретры, не позволяющей осуществить удаление ИТ трансуретральным путем при уретроцистоскопии. При помощи хирургического инструментария (пинцета, корнцанга, зонда) были удалены без операции ИТ переднего отдела уретры у 5 (15 %) пациентов.

Прогноз при своевременной диагностике и извлечении ИТ обычно благоприятный [1, 2, 6, 9, 15]. Длительное нахождение ИТ в уретре или мочевом пузыре может осложниться развитием воспалительного процесса, пролежней с перфорацией стенки уретры и мочевого пузыря и привести к формированию мочевых затеков, свищей, стриктуры уретры, перивезикального абсцесса и ложного конкремента. Известны

случаи развития уретерогидронефроза, септицемии и гангрены Фурнье с летальным исходом при ИТ уретры и мочевого пузыря [7–11, 14]. После выписки из хирургического стационара многие авторы настоятельно рекомендуют этим пациентам пройти обследование у психиатра или психотерапевта [3–5, 7, 8, 14].

Осложнений операций и манипуляций в наших наблюдениях не было. Все пациенты выздоровели.

Выводы

В клинической практике ИТ уретры и мочевого пузыря встречаются редко. За 20-летний период работы в клинике неотложной урологии мы наблюдали 38 таких пациентов, т.е. примерно 2 человека в год. Более 2/3 больных были мужчинами молодого возраста, половина из них страдала различными психическими заболеваниями. Более чем в половине случаев введение в уретру различных ИТ, преимущественно предметов домашнего обихода, осуществлялось с аутоэротической целью. В 2/3 случаев ИТ спровоцировали острую задержку мочи и макрогематурию, что послужило поводом для экстренной госпитализации. Все пациенты были распределены в 2 клинические группы, различающиеся по возрастному составу, структуре сопутствующих заболеваний, каузативных факторов, локализации и характеру ИТ. Такое разделение пациентов позволило оптимизировать диагностический процесс: своевременно определять необходимый набор диагностических средств и целенаправленно исследовать мочевые пути с целью обнаружения ИТ, а в некоторых случаях – предопределить лечебную тактику. Диагностика ИТ уретры и мочевого пузыря осуществлялась по разработанному нами алгоритму, включающему последовательное применение клинико-лучевых, инструментальных и эндоскопических методов исследования. Клинико-лучевые методы по-

зволили нам установить правильный диагноз, определить размеры, локализацию ИТ и определить лечебную тактику у 85 % пациентов. У остальных (15 %) пациентов с тампонадой мочевого пузыря и рентгеногегативными ИТ задней уретры и мочевого пузыря оказалось эффективным применение диагностической уретроцистоскопии. Среди используемых нами лечебных методов удаления ИТ хирургические были основными, из них операционная уретроцистоскопия занимала лидирующее положение и позволила удалить ИТ из уретры и мочевого пузыря почти у 80 % пациентов. Прогноз после извлечения ИТ был благоприятный у всех больных.

Библиографический список

1. Руководство по урологии. Под ред. Н. А. Лопаткина. М.: Медицина 1998. Т. 3; 181–189.
2. Урология: национальное руководство. Под ред. Н. А. Лопаткина. М.: ГЭОТАР-Медиа 2009: 701–705.
3. *Aliabadi H., Cass A. S., Gleich P., Johnson C. F.* Self-inflicted foreign bodies involving lower urinary tract and male genitals. *Urology* 1985; 26 (1): 12–16.
4. *Amiroune D., Bouchikbi A. A., Adawi F.* Retained self-inserted foreign body into the urethra associated with sequela urethral stenosis: a case report. *J Med. Case. Rep.* 2014; 8: 244.
5. *Grubišić I., Stimac G., Pezelj I.* Intravesical foreign body as a result of self catheterization: case report. *Acta Clin. Croat.* 2014; 53 (3): 359–361.
6. *Hajiran A., Point D. C., Zaslau S.* Bed-side ultrasound in workup of self-inserted headset cable into the penile urethra and incidentally discovered intravesical foreign body. *Case Rep. in Emerg. Med.* 2013; 2013: 1–4.
7. *Hashmi S. H., Khan I.* Foreign body in urinary bladder: an unusual presentation. *J. Ayub. Med Coll. Abbottabad* 2015; 27 (2): 494–495.
8. *Hong S., Kim H.* Two young men who complained of voiding difficulty after stuffing

odd materials into the urethra to obtain sexual gratification. *Int. Neurourol. J.* 2014; 18: 98-100.

9. *Kochakarn W., Pummanagura W.* Foreign bodies in the female urinary bladder: 20-year experience in ramathibodi hospital. *Asian J. of Surg.* 2008; 31 (3): 130–133.

10. *Malik M., Rehan A., Javed S., Iqbal Z.* Endoscopic management of foreign body in urethra and urinary bladder. *Intern. Urol and Nephrol* 2009; 1 (1): 56–60.

11. *Moon S. J., Kim D. H., Chung J. H.* Unusual foreign bodies in the urinary bladder and urethra due to autoerotism. *Intern. Neurourol. J.* 2010; 14 (3): 186–89.

12. *Nakatani T., Senju T., Iseki T.* Statistic study of 1,272 cases of foreign bodies in the

bladder or urethra. *Acta Urologica Japon* 1983; 29 (10): 1363–1368.

13. *Rabman N. U., Elliott S. P., McAninch J. W.* Self-inflicted male urethral foreign body insertion: endoscopic management and complications. *BJU International* 2004; 94 (7): 1051–1053.

14. *Rinard K., Nelius T., Hogan L.* Cross-sectional study examining four types of male penile and urethral ‘play’. *Urology* 2010; 76: 1326–1333.

15. *Sinopidis X., Alexopoulos V., Panagidis A.* Internet impact of insertion of genitourinary tract foreign bodies in childhood. *Case Rep. in Pediatr.* 2012; 2012: 1–3.

Материал поступил в редакцию 7.10.2015