

Dilated cardiomyopathy (DCMP) is one of the diseases that leads to severe forms of heart failure; it can be asymptomatic for a long time, despite the presence of objective (echocardiographic) signs of ventricular dilation and impaired function [9]. Most often, the first clinical manifestations of the disease are associated with cardiac decompensation, stagnation of blood in the small and then in the large circulatory circles and a decrease in cardiac output [10; 11].

This report describes a clinical case of dilatational cardiomyopathy in a 39-year-old young patient. Observation of repeated recurrences of circulatory insufficiency, complexity of diagnostic search.

Key words: *chronic heart failure, young age, dilated cardiomyopathy.*

Конфликт интересов. Все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Корреспондирующий автор. Багланова Лязат Сайлаубевна, НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», докторант 1 года обучения по специальности 8D10102 – «Медицина», Казахстан, г. Алматы. E-mail: Lyazat.begaidaro@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3880-5798>.

Вклад авторов. Все авторы внесли равноценный вклад в разработку концепции, выполнение, обработку результатов и написание статьи. Заявляем, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах.

Финансирование. Отсутствует.

Статья поступила: 7.11.2022.

Принята к публикации: 21.11.2022.

Conflict of interest. All authors declare that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in this article.

Corresponding author. Baglanova Lyazat S., NEI «Kazakh-Russian Medical University», doctoral student of 1-year study in the specialty 8D10102 – «Medicine», Kazakhstan, Almaty. E-mail: Lyazat.begaidaro@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3880-5798>.

Contribution of the authors. All authors have made an equal contribution to the development of the concept, implementation, processing of results and writing of the article. We declare that this material has not been published before and is not under consideration by other publishers.

Financing. Absent.

Article submitted: 7.11.2022.

Accepted for publication: 21.11.2022.

УДК: 616-006.61
МРНТИ: 76.29.43: 76.29.49.

DOI: 10.24412/2790-1289-2022-4-7174

РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ. СЛОЖНЫЙ ПАЦИЕНТ

* М.Е. Сафаргалиев, Б.Т. Джамбулова, А.Д. Нысанбаев

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, Алматы

Аннотация

Статья описывает клинический случай выявления рака мочевого пузыря и шейки матки при беременности, с быстро прогрессирующим течением и локальным поражением нескольких систем организма.

Несмотря на доступность различных методов диагностики (компьютерная томография, обзорная экскреторная урография, пункции под УЗИ-контролем, МРТ), распознавание данной патологии весьма затруднительно ввиду отсутствия патогномоничных признаков.

Дальнейшие мероприятия по улучшению диагностики, по всей видимости, должны носить углубленный характер онконастороженности.

Ключевые слова: *рак шейки матки, рак мочевого пузыря, беременность, гидронефроз, кесарево сечение.*

Рак мочевого пузыря при беременности встречается довольно редко и каждый случай имеет свои особенности. International Network of Cancer, Infertility and Pregnancy зарегистрировала у беременных 8 случаев рака мочевого пузыря, диагностированных в период с 1999 по 2017 год, а в литературе сообщалось 10 случа-

ях рака мочевого пузыря в период с 2004 по 2019 год. Наиболее распространенными симптомами рака мочевого пузыря была гематурия (66%). Запущенные стадии рака имели худший прогноз; 3 из 7 пациентов с известным наблюдением умерли в течение 15 месяцев после постановки диагноза [1].

Существуют определенные трудности диагностики данного заболевания:

1. Диагностика затруднена, поскольку классическое проявление гематурии, симптомов раздраженного мочеиспускания и обструкции выходного отверстия может быть спутано с нормальными физиологическими изменениями беременности.

2. Ультразвук, цистоуретроскопия и МРТ считаются безопасными методами диагностики, однако любое вмешательство требует тщательного рассмотрения изменений, связанных с беременностью, таких как смещение мочевого пузыря и физиологический гидронефроз.

3. Из-за редкости опухолей мочевого пузыря при беременности конкретные рекомендации по ведению и показания к вмешательству не были установлены [4; 6].

Согласно действующим протоколам диагностики и лечения рака мочевого пузыря верифицировать диагноз можно при цистоскопии, цистографии, КТ / МРТ органов малого таза для определения распространенности процесса, гистологическом исследовании (Одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «14» марта 2019 года Протокол №58). Вместе с тем, все эти мероприятия, за исключением МРТ, несут лучевую нагрузку, что резко ограничивает их применение при беременности. Само же применение МРТ так же имеет ряд обоснованных противопоказаний [4; 6].

Наряду с вышесказанным, не меньший интерес, чем рак мочевого пузыря при беременности, вызывают стент - ассоциированные симптомы, которые могут иметь схожие симптомы с СНМП: дизурия, странгурия, поллакиурия, боли в надлобковой области и др. Несмотря на то, что многие авторы описали различные осложнения данной операции, не удалось собрать информацию о симптомах индивидуальной переносимости стентов. Так же отсутствуют объективные критерии данных симптомов с учетом их влияния на «качество жизни» и социальную адаптацию [2; 3; 5; 7; 8].

Сочетание данных патологий значительно усложняет диагностику и ухудшает прогноз лечения.

Клинический случай. Нами изучен и описан случай впервые выявленной у беременной карциномы мочевого пузыря и шейки матки со сдавлением подвздошных сосудов и мочеточника, прорастанием в окружающие ткани. Предварительный диагноз выставлен по МРТ картине, верифицирован гистологически.

Больная А. 29 лет поступила в экстренном порядке в АМКБ с клинической картиной камня н/3 левого мочеточника, приступом почечной колики. Сопутствующий диагноз: Беременность 19 недель. Носитель ЦМВ, ВПГ. Носитель хламидиоза. Беременность 2 - ая данная, первая б/о.

После полного обследования и подготовки, на 3 сутки, проведено стентирование левого мочеточника. В динамике состояние улучшилось, однако, в раннем послеоперационном периоде развились стент-ассоциированные симптомы (непереносимость), в связи с чем, стент-катетер был удален. Состояние улучшилось, и пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 13 сутки на амбулаторное лечение.

В условиях амбулаторного лечения по месту жительства состояния пациентки резко ухудшилось. Пациентка повторно госпитализирована в ОАРИТ с клинической картиной сепсиса. Из особенностей: отечность левой н/к на всем протяжении. Кожные покровы бледной окраски, на ощупь теплые. Трофических нарушений нет. Напряжение мягких тканей на уровне голени. Движения и чувствительность пальцев стоп сохранены в полном объеме. Выставлен диагноз: ПТФБ левой н/к, отечно-болевая форма. ХВН СЗ-ст. Определение опухолевого антигена (СА 125) в сыворотке крови ИФА-методом: Концентрация = 149,3 МЕ/мл.

Проведено лечение: массивная антибактериальная и инфузионная терапия, спазмолитики. На 5 сутки в отделение пациентка переведена в отделение урологии. Проведен консилиум: в связи с нарастающим гидронефрозом и развивающейся беременностью, показано стентирование левого мочеточника с коррекцией лекарственных назначений. Проведено повторное стентирование левого мочеточника стентом другого производителя - без осложнений.

Отмечается положительная динамика, характеризующаяся уменьшением отека н/к.

Проведено МРТ: Образование малого таза с признаками сдавления подвздошных сосудов и мочеточника. МРТ картина маточной беременности. Выпот в малом таза. Проведена консультация онколога: киста левого яичника.

Состояние стабилизировано, функция почек в динамике нормализована, однако по МРТ определено: стент слева, дилатация мочеточника слева на протяжении (уретероцеле, вероятнее всего, связано с прорастанием опухоли, сдавлением и смещением мочеточника, несмотря на удовлетворительную функцию стент-катетера).

В связи с нормализацией функции почек и уродинамики, обнаружением образования малого таза со сдавлением подвздошных сосудов и мочеточника, данными СА 125, принято решение перевести пациентку в отделение гинекологии для дальнейшего оперативного лечения.

Проведена лапаротомия, пункция образования забрюшинного пространства. Операционная находка: выраженный спаечный процесс, брюшина спаяна с маткой на всем протяжении; инфильтративное образование в проекции бифуркации подвздошных сосудов и мочеточника слева, размерами 10,0*5,0 см, плотное; имеется инфильтрация со сдавлением нижней трети левого мочеточника; придатки – с обеих сторон выраженное варикозное расширение вен, выраженный спаечный процесс; по УЗИ определяется только один полюс образования яичника слева, который уходит вниз, достигается с трудом, размеры четко определить не удается; технические трудности: опасность повреждения сосудисто-нервного пучка и мочеточника, беременная матка, спайки.

Интраоперационно консилиумом решено пунктировать данное образование под контролем трансвагинального УЗИ: пункционной иглой удалено 60 мл серозной жидкости, направлено на цитологическое исследование, туберкулез, бактериологическое исследование.

Гистологическая картина наиболее соответствует плоскоклеточной карциноме мочевого пузыря и шейки матки G3, с инвазией в стенки сосудов, с фиброзом стромы. Туберкулез – отрицательно.

Решение консилиума: досрочное родоразрешение в плановом порядке.

Пациентка повторно поступает в плановом порядке на 12 сутки. Проведено оперативное лечение: лапаротомия, кесарево сечение, уретерокутанеостомия, санация и дренирование брюшной полости, малого таза.

Операционная находка: полный распад мочеточника в нижней трети с выделением мочи. Мочеточник в н/3 до расширен до 2,5 см, инфильтрирован; зеленые окоплодные воды.

Гистологическое исследование: во всех слоях мочеточника и прилежащей жировой ткани определяется рост плоскоклеточной ороговевающей карциномы GII с очагами некроза.

На 10 сутки после операции пациентка осмотрена МСД и выписана на дальнейшее лечение у онколога с диагнозом: послеродовой, послеоперационный период 10 сутки. Преждевременные оперативные роды в сроке 24 недель 5 дней. Образование забрюшинного пространства. Состояние после нижнесрединной лапаротомии, пункции образования забрюшинного пространства, санации и дренирования брюшной полости. Уретерогидронефроз слева. Уретерокутанеостома слева. МКБ. Камень н/3 левого мочеточника. Состояние после стентирования левого мочеточника. ПТФБ в левой н/к, отеочно-болевая форма (реканализация до 90%). ХВН С3-ст. Анемия средней степени. Носитель ЦМВ, ВПГ. Носитель хламидиоза. С-г шейки матки. St III в (T3, N1 M0).

Выводы:

1. Рак мочевого пузыря и шейки матки во время беременности остается труднодиагностируемым заболеванием: стертая клиническая картина, наложение симптомов нормальной беременности, противопоказания к лучевым методам исследований (обзорная экскреторная урография, ангиография).

2. Сопутствующие УПФ и ПФ отягчают статус как беременной, так и плода.

3. Стент-ассоциированные симптомы являются неизученной проблемой и могут быть причиной серьезных осложнений

4. Гестационный возраст на момент постановки диагноза определяет дальнейшее лечение рака мочевого пузыря во время беременности

5. Рак мочевого пузыря и шейки матки 3-4 стадий усложняет процесс принятия решений

6. Потребности матери в немедленном лечении и неонатальные риски, включая последствия преждевременных родов, должны обсуждаться в условиях многопрофильных учреждений.

Список литературы:

1. Charlotte Maggen, Jasmijn Linssen, Mina Mhallem Gziri, Paolo Zola, Elyce Cardonick, Christianne J M de Groot, Alvaro Cabrera Garcia, Robert Fruscio, Vit Drochyttek, Kristel Van Calsteren, Maarten Albersen, Frédéric Amant. Renal and Bladder Cancer During Pregnancy: A Review of 47 Cases and Literature-based Recommendations for Management. Urologic Oncology Volume 151, P118-128, MAY 01, 2021.

2. Damiano R., Oliva A., Esposito C., De Sio I., Autorino R., D'Armiento M. Early and late complications of double pigtail uterine stent. Urol. Tnt. 2002; 69:136 – 40.

3. Deliveliotis C., Chrisofos M., Gougousis E., Papatsoris A., Dellis A., Varkamkis I.M. Is there a role for alpha-blockers in treating Double-J related symptoms? Urology. 2006; 67:35 – 9.

4. Kate A. Hanson, Subodh K. Regmi, Paari Murugan, Jaswinder Chalia, Christopher A. Warlick. Management of bladder tumors in pregnancy: A case of tumor prolapse and avulsion during labor. Urology Case Reports Volume 34, January 2021, 101504.

5. Lee C., Kuskowski M., Premoli J., Skemp M. Monga M. Randomized evaluation of ureteral stents using validated symptom questionnaire. J. Endourol. 2005; 19:990 – 3.

6. Makarand V. Khochikar Management of urological cancers during pregnancy Nature Reviews Urology volume 7, pages195–205 (2010).

7. Martov A.G., Ergakov D.V., Novikov A.B., Mantsaev A.B. Stent-dependent symptoms: prevention and treatment "Moscow urologist" №3-2020 page 13 (in russian)

8. Ringel A., Richter S., Shalev M., Nissenkom I. Late complications of ureteral stents. Eur. Urol. 2000; 38: 41 – 4.

ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕГІ ҚУЫҚ, ЖАТЫР МОЙНЫ ОНЫРЫ. КҮРДЕЛІ НАУҚАС

* М.Е. Сафарғалиев, Б.Т. Джамбулова, А.Д. Нысанбаев

«Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕМБМ, Қазақстан, Алматы

Түйінді

Мақалада жүктілік кезінде қуық пен жатыр мойны обырын анықтаудың клиникалық жағдайы, жылдам прогрессивті курс және дененің бірнеше жүйесінің жергілікті зақымдануы сипатталған.

Диагностиканың әртүрлі әдістерінің болуына қарамастан (компьютерлік томография, экскреторлық урография, ультрадыбыстық бақылаудағы пункция, МРТ), патогномоникалық белгілердің болмауына байланысты бұл патологияны тану өте қиын.

Диагностиканы жақсарту бойынша одан әрі іс-шаралар, шамасы, онкологиялық сақтықтың терең сипатына ие болуы керек.

Кілт сөздер: жатыр мойны обыры, қуық обыры, жүктілік, гидронефроз, кесарь тілігі.

CANCER OF THE BLADDER, CERVIX DURING PREGNANCY. A DIFFICULT PATIENT

***Malik Safargaliyev, Bela Dzhambulova, Abdulla Nysanbayev**
NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Summary

The article describes a clinical case of detection of bladder and cervical cancer during pregnancy, with a rapidly progressive course and local lesion of several body systems.

Despite the availability of various diagnostic methods (computed tomography, overview excretory urography, ultrasound-controlled punctures, MRI), recognition of this pathology is very difficult due to the absence of pathognomonic signs.

Further measures to improve diagnostics, apparently, should have an in-depth nature of oncological alertness.

Key words: *cervical cancer, bladder cancer, pregnancy, hydronephrosis, caesarean section.*

Конфликт интересов. Все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Корреспондирующий автор. Сафаргалиев Малик Ербатырович, НУО «Казакхстанско-Российский медицинский университет», магистр медицины, Казакхстан, г. Алматы. E-mail: 87761313137@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9122-0268>.

Вклад авторов. Все авторы внесли равноценный вклад в разработку концепции, выполнение, обработку результатов и написание статьи. Заявляем, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах.

Финансирование. Отсутствует.

Статья поступила: 7.11.2022.

Принята к публикации: 18.11.2022.

.....
Conflict of interest. All authors declare that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in this article.

Corresponding author. Safargaliyev Malik E., NEI «Kazakh-Russian Medical University», Master of medicine, Kazakhstan, Almaty. E-mail: 87761313137@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9122-0268>.

Contribution of the authors. All authors have made an equal contribution to the development of the concept, implementation, processing of results and writing of the article. We declare that this material has not been published before and is not under consideration by other publishers.

Financing. Absent.

Article submitted: 7.11.2022.

Accepted for publication: 18.11.2022.