

Случай успешного хирургического лечения экстрагенитального эндометриоза

Т.В. Дресвянская¹, И.А. Прусов¹, А.П. Фокина¹, к.м.н. Р.А. Бичурин^{1,2}, В.Е. Надич¹,
О.Ф. Позднякова¹, С.В. Ошуева¹, И.А. Никитенко¹, Н.И. Сафронова¹, к.м.н. Е.В. Серова^{1,2}

¹КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4»

²ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России

РЕЗЮМЕ

Экстрагенитальный эндометриоз (ЭГЭ) – наиболее редкий вариант эндометриозной болезни, характеризующийся разрастанием ткани, сходной по морфологическому строению и функции с эндометрием, в органах и тканях, не относящихся к репродуктивной системе. Частота ЭГЭ составляет 6–8% от числа всех случаев выявления эндометриозной болезни. В последнее время частота выявления эндометриоза возрастает. Описываемые в публикациях случаи нестандартны, проявления болезни стерты или симулируют другие заболевания. Пациентки с ЭГЭ часто попадают в непрофильные отделения, что сопровождается ошибками в тактике лечения. Правильный диагноз нередко устанавливается во время операции и подтверждается результатами гистологического исследования, а лечение часто требует участия специалистов других направлений. В статье представлен случай успешного хирургического лечения ЭГЭ редкой локализации. При хирургическом лечении эндометриоза, а также других хирургических вмешательствах, связанных со вскрытием полости матки (например, кесарево сечение), специалисту следует помнить о возможности имплантационного распространения эндометриозных гетеротопий и избегать контакта эндометрия либо тканей, пораженных эндометриозом, с брюшиной и операционной раной.

Ключевые слова: экстрагенитальный эндометриоз, хирургическое лечение, эндометрий, имплантационная теория.

Для цитирования: Дресвянская Т.В., Прусов И.А., Фокина А.П. и др. Случай успешного хирургического лечения экстрагенитального эндометриоза // РМЖ. 2018. № 2(1). С. 70–72.

ABSTRACT

A case of successful surgical treatment of extragenital endometriosis

Dresvyanskaya T. V.¹, Prusov I. A.¹, Fokina A. P.¹, Bichurin R. A.^{1,2}, Nadich V. E.¹, Pozdnyakova O. F.¹, Oshueva S. V.¹, Nikitenko I. A.¹, Safronova N. I.¹, Serova E. V.^{1,2}

¹Krasnoyarsk Interdistrict Clinical Hospital № 4

²Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voyno-Yasenetskiy

Extragenital endometriosis (EGE) is the most rare variant of endometriosis, characterized by the proliferation of tissue that is similar in morphology and function to the endometrium, in organs and tissues that are not related to the reproductive system. The frequency of EGE is 6–8% of all cases of endometriosis. The frequency of detection of endometriosis is increasing in recent years. The cases described in the publications are non-standard, manifestations of the disease are erased or similar to other diseases. Patients with EGE are often treated in non-specialized departments, which leads to the errors in the tactics of treatment. The correct diagnosis is often established during the operation and is confirmed by the results of histological examination, and treatment often requires the involvement of specialists from other areas. In this article, there is a case of successful surgical treatment of EGE of rare localization. In the surgical treatment of endometriosis, as well as in other surgical interventions associated with the opening of the uterine cavity (for example, caesarean section), a specialist should be aware of the possibility of implantation of endometrioid heterotopies and avoid contact of the endometrium or tissues of endometriosis with the peritoneum and operating wound.

Key words: extragenital endometriosis, surgical treatment, endometrium, implantation theory.

For citation: Dresvyanskaya T.V., Prusov I.A., Fokina A.P. et al. A case of successful surgical treatment of extragenital endometriosis // RMJ. 2018. № 2(1). P. 70–72.

Экстрагенитальный эндометриоз (ЭГЭ) – наиболее редкий вариант эндометриозной болезни, характеризующийся разрастанием ткани, сходной по морфологическому строению и функции с эндометрием, в органах и тканях, не относящихся к репродуктивной системе. Заболевание развивается на фоне иммунных, гормональных и генетических нарушений в организме женщины [1].

Эндометриоз – заболевание, не являющееся опухолевым процессом, но тем не менее обладающее некоторыми

характерными для него признаками: инфильтративным ростом, частичной автономией, способностью к метастазированию и др. [2].

Несмотря на большое число проведенных исследований и множество предложенных теорий, патогенез этого заболевания остается предметом дискуссий. Наиболее полно возникновение ЭГЭ объясняет имплантационная (метастатическая) теория, согласно которой фрагменты эндометрия вследствие ретроградной менструации контактным

либо лимфогенным или гематогенным путем проникают в отдаленные органы и ткани, имплантируются там, функционируют, образуя эндометриозные очаги [2].

Частота ЭГЭ составляет 6–8% от числа всех случаев выявления эндометриозной болезни. Необходимо отметить, что в последнее время частота выявления эндометриоза растет. Описываемые в публикациях случаи ЭГЭ нестандартны, проявления болезни стерты или симулируют другие заболевания. Пациентки с ЭГЭ часто попадают в непрофильные отделения, что сопровождается ошибками в тактике лечения. Правильный диагноз ЭГЭ нередко устанавливается во время операции и подтверждается результатами гистологического исследования, а лечение часто требует участия специалистов других направлений [1, 3].

Клинический случай

Представляем случай успешного лечения пациентки с экстрагенитальным эндометриозом. В гинекологическом отделении № 2 КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4» находилась на стационарном лечении больная О., 39 лет.

Больная поступила в стационар в плановом порядке по направлению из женской консультации с жалобами на боли в передней брюшной стенке справа от пупка, появляющиеся периодически за неделю до менструации, постепенно уменьшающие свою интенсивность в течение одной недели после менструации. Максимальная интенсивность боли в животе отмечалась непосредственно перед началом менструации, когда одновременно появлялось нарастание опухолевидной деформации брюшной стенки в месте наибольшей болезненности справа от пупка, также исчезающее после стихания боли через неделю после менструации. Из анамнеза выяснено, что в 1993 и 2003 г. больная перенесла кесарево сечение. Причем в 2003 г. операция проводилась в срочном порядке в связи с тяжелым состоянием пациентки на фоне резкого повышения артериального давления. До обращения в женскую консультацию больная проходила обследование в поликлинике по месту жительства у врача-хирурга: исключалась невраправимая послеоперационная вентральная грыжа и онкологическая патология. Из хронических заболеваний отмечает хронический цистит.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, телосложение нормостеническое, удовлетворительного питания. Кожный покров физиологичной окраски, нормальной влажности, оволосение по женскому типу. Щитовидная железа не увеличена, периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка правильной формы. Молочные железы мягкоэластичной консистенции, пальпаторно опухолевидных образований не определяется. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям. ЧДД 16 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС 68 уд/мин, соответствует пульсу. АД 120/70 мм рт. ст. Костно-суставная система без видимой патологии, движения в суставах свободные, в полном объеме. Неврологический статус без особенностей. Стул регулярный. Дизурии нет.

Локально: Язык чистый, влажный. Живот не вздут, симметричный, не участвует в акте дыхания. Аускультативно перистальтика выслушивается хорошо. При пальпации печень и селезенка не увеличены, перкуторно печень – по краю реберной дуги, размеры селезенки не увеличены. Справа на 3 см латеральнее и на 3–4 см ниже пупка в проекции прямой мышцы живота пальпируется плотное, болезненное образование размером 4,0×5,0 см, которое не-

подвижно по отношению к коже и подкожной клетчатке. Кожа над образованием подвижна, визуально не изменена, локальной гипертермии нет.

Гинекологический статус: 24-й день менструального цикла. Наружные половые органы развиты правильно, клитор нормальной формы, размера. Слизистая влагалища не гиперемирована, нормальной складчатости. Шейка матки коническая, макроскопически не изменена, без воспалительных явлений. Матка не увеличена, плотная, безболезненная, придатки не увеличены с обеих сторон.

Ректально: наружные геморроидальные узлы не увеличены, тонус сфинктера сохранен, опухолевидных образований, нависания, болезненности стенок прямой кишки нет. Амбула прямой кишки свободна, на перчатке следы кала обычного цвета.

Данные инструментальных методов исследований: ультрасонография брюшной стенки, брюшной полости (21-й день менструального цикла): в мягких тканях передней брюшной стенки справа от пупка на глубине 2,1 см от поверхности кожи визуализируется гиперэхогенное умеренно неоднородной структуры образование с капсулой слабо выраженной эхогенности до 0,2 см. Заключение: Очаговое образование передней брюшной стенки. Эхопатологии печени, поджелудочной железы, почек и забрюшинного пространства не выявлено. Органы малого таза без патологии. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Фиброэзофагогастродуоденоскопия: диффузный поверхностный гастрит. Флюорография: сердце и легкие без патологии. Лабораторные показатели клинических и биохимических анализов в норме.

Учитывая анамнестические данные, данные ультразвукового исследования, объективного осмотра, лабораторные показатели, больной выставлен диагноз: экстрагенитальный эндометриоз с локализацией в передней брюшной стенке. Пациентке установлены показания к оперативному лечению на 25-й день менструального цикла в период наибольшей болезненности образования в брюшной стенке, совпадающей с увеличением размеров эндометриозного очага.

Под эндотрахеальным наркозом выполнена операция: нижнесрединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости эндометриозных очагов и какой-либо органической патологии не выявлено, спаечный процесс в брюшной полости умеренный. В проекции правой прямой мышцы живота пальпаторно определяется плотное, неподвижное образование размерами 6,0×4,0×4,0 см. Верхний край образования находится под пупком с распространением по прямой мышце. Лапаротомный разрез продлен вверх для более полноценной ревизии и оценки степени поражения и определения объема иссечения данного образования. Со стороны брюшины к образованию интимно подпаяна прядь большого сальника, которая резецирована на протяжении 5–6 см. Брюшина рассечена окаймляющим разрезом по границе опухолевидного образования в пределах здоровых тканей, вскрыто влагалище прямой мышцы живота латеральнее эндометриозного узла, мышца выделена в пределах неизмененных тканей с помощью электроножа. С соблюдением правилластики эндометриозный узел иссечен и направлен на срочное гистологическое исследование: злокачественного роста не выявлено. Учитывая значительный, на 2/3 ширины прямой мышцы живота дефект, произведена мышечно-апоневротическая пластика брюшной стенки местными тканями. Были вскрыты влагалища прямых мышц живота слева и справа. Раздельно сшиты внутренний листок *mm. recti abdominis* с обеих сторон, ушит дефект прямой мышцы живота справа с последующей фиксацией левой мышцы нитью ПГА 1,0. Отдельно

сопоставлен и сшит наружный листок *mm. recti abdominis*. Данный способ пластики позволил максимально восстановить и заместить иссеченный участок мышцы с наименьшим натяжением и деформацией брюшной стенки. Эндопротезирование брюшной стенки сетчатым эндопротезом решено не выполнять из-за возможного риска обширного обсеменения эндометриоидными очагами сетчатого эндопротеза и брюшной стенки, опасности увеличения зоны поражения в послеоперационном периоде эндометриоидными очагами, и крайне сложной в техническом плане возможной в будущем операции при рецидиве эндометриоза.

Макропрепарат: представлен участком мышечной ткани размером 6,0×4,0×4,0 см с участками фиброза. В центре препарата и меньше к периферии имеются множество полостей размерами от 0,1 до 1,0 см, заполненных гемолизированной кровью.

Диагноз после операции: экстрагенитальный эндометриоз с локализацией очага в прямой мышце живота справа.

Гистологическое заключение: в препаратах определяются фрагменты лимфоидной ткани. Определяется мышечная ткань с очагами кровоизлияния, очаговой лимфо-лейкоцитарной инфильтрацией с наличием диффузных очагов эндометриоза с кистозным образованием желез. В резецированном сальнике полнокровные сосудов, кровоизлияния, очагов эндометриоза не обнаружено.

Послеоперационное течение гладкое, заживление послеоперационной раны первичным натяжением, кожные швы сняты на 8-е сутки. Больная выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение гинеколога и хирурга в поликлинике по месту жительства. С противорецидивной

целью назначено комбинированное контрацептивное средство (этинилэстрадиол+диеногест) по контрацептивной схеме в течение одного года.

Пациентка один раз в 2 мес. в течение полугодия и далее раз в полгода в течение 1,5 лет осматривалась в нашей больнице оперировавшими хирургами: признаков рецидива эндометриоза, грыжи передней брюшной стенки не обнаружено. Пациентка работает, ведет активный образ жизни.

Выводы

1. Описанный случай полностью объясняется имплантационной теорией возникновения ЭГЭ и свидетельствует в пользу ее состоятельности.
2. При хирургическом лечении эндометриоза, а также других хирургических вмешательств, связанных со вскрытием полости матки (например, кесарево сечение), специалисту следует помнить о возможности имплантационного распространения эндометриоидных гетеротопий и избегать контакта эндометрия либо тканей, пораженных эндометриозом, с брюшиной и операционной раной.
3. Специалистам, осуществляющим первичный осмотр пациенток с очаговыми образованиями, локализованными вне органов репродуктивной системы (хирургам, урологам, проктологам и др.), необходимо быть настороженными не только в отношении онкологической патологии, но и помнить о возможности возникновения очагов ЭГЭ.
4. Соблюдение принципов абластики в хирургическом лечении ЭГЭ снижает вероятность развития рецидива в отдаленном периоде.

Список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>



27–29 июня 2018 года

КЗЦ «Миллениум»
г. Ярославль



РЕГИОНАЛЬНЫЙ
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ
ФОРУМ

Мать и Дитя

XI

Пленум Правления Российского
общества акушеров-гинекологов

Контактная информация

Участие в научной программе
Баранов Игорь Иванович
Тел.: +7 (495) 438-94-92
+7 (495) 438-77-44
E-mail: i_baranov@oparina4.ru

Участие в выставке
Князева Анастасия
Тел.: +7 (495) 721-88-66 (112)
Моб.: +7 (926) 611-23-94
E-mail: knyazeva@mediexpo.ru

Регистрация делегатов
Сизова Мария
Тел.: +7 (495) 721-88-66 (111)
Моб.: +7 (929) 646-51-66
E-mail: reg@mediexpo.ru

Менеджер по работе
с клиентами
Гудзь Екатерина
Тел.: +7 (495) 721-88-66 (118)
Моб.: +7 (926) 612-91-28
E-mail: ekaterina@mediexpo.ru

Бронирование гостиниц,
авиа и ж/д билетов
Лазарева Елена
Тел.: +7 (495) 721-88-66 (119)
Моб.: +7 (926) 095-29-02
E-mail: lazareva@mediexpo.ru

Конгресс-оператор
ООО «МЕДИ Экспо»
Тел.: +7 (495) 721-88-66
E-mail: expo@mediexpo.ru
Сайт: www.mediexpo.ru