

РЕДКИЕ АТОПИЧЕСКИЕ ОЧАГИ ЭНДОМЕТРИОЗА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.С. Ванинов, Э.Н. Нурланбекова, Е.Ф. Лим, А.И. Кадырова, А.К. Кемелбекова
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье описан отдельный редкий клинический случай атопического эндометриоза, у женщины 30 лет. В анамнезе: аденомиоз матки, 2 кесарева сечения, привел к метастазированию в толщу прямой мышцы живота. Опухоль 3x4 см, описана клиническая картина, диагностика и комбинированное лечение: гормональная терапия+хирургическое иссечение.

Ключевые слова: эндометриоз, атопический эндометриоз, прямая мышца живота, гормонотерапия, хирургическое иссечение.

СЕЙРЕК КЕЗДЕШКЕН АТОПИКАЛЫК ЭНДОМЕТРИОЗ КЛИНИКАЛЫК ТАЖРЫЙБАДА

А.С. Ванинов, Э.Н. Нурланбекова, А.И. Кадырова, А.К. Кемелбекова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул макалада 30 жашта аялдардын сейрек кездешкен атопикалык эндометриозунун клиникасы сүрөттөлөт. Оруу баянынан: Жатындагы аденомиоз, эки жолку кесарево операциясынан кийинки ичтин түз булчуңуна метастазы деп белгиленди. Шишик 3x4 см, клиникасы, диагноз коюу жана коштолгон (гормондук+хирургиялык) дарылоо.

Негизги сездор: эндометриоз, атопикалык эндометриоз, ичтин түз булчуңу, гормондук дарылоо, хирургиялык дарылоо.

RARE ATOPIC FOCI OF ENDOMETRIOSIS IN CLINICAL PRACTICE

A.S. Vaninov, E.N. Nurlanbekova, E.F. Lim, A.I. Kadyrova, A.K. Kemelbekova
Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: This article describes a separate rare clinical case of atopic endometriosis, in a woman of 30 years. In the anamnesis: adenomyosis of the uterus, 2 caesarean sections, led to metastasis in the thickness of the direct stomach muscle. Tumor 3x4 cm, clinical picture, diagnosis and combined treatment is described: hormonal therapy+surgical excision.

Key words: endometriosis, atopic endometriosis, rectus abdominis, therapy, surgical excision.

Введение. Эндометриоз – хроническое, прогрессирующее, рецидивирующее и гормонозависимое заболевание, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию. Эндометриоз представляет собой из главных проблем в гинекологии, является причиной 7-10% болевого синдрома и бесплодия, но главное – считается не излечимым заболеванием [1].

По локализации патологического процесса эндометриоз классифицируется [2]:

1. Генитальный эндометриоз:

А) Внутренний (эндометриоз тела матки или аденомиоз), эндометриоз интрамурального отдела маточных труб);

Б) Наружный (эндометриоз яичников, ретроцервикальный эндометриоз, влагалищный эндометриоз, эндометриоз маточных труб, эндометриоз влагалищной части шейки матки, круглых

связок матки, крестцово-маточных связок, брюшины, пузырно-маточного пространства и позадиматочного пространства, наружных половых органов, промежности).

2. Экстрагенитальный эндометриоз (кишечника, сальника, мочевого пузыря, почек, послеоперационного рубца, пупка, легких).

Эндометриоз является одним из наиболее распространенных заболеваний органов репродуктивной системы у женщин 20-40 лет. Эндометриоз встречается у 6-44% женщин, страдающих бесплодием и перенесших лапароскопию и лапаротомию. Основную часть составляет (92-94%) генитальный эндометриоз, на экстрагенитальные формы приходится 6-8% случаев [3]. К классическим теориям возникновения эндометриоза относится теория трансплантации, целомической метаплазии, индукции и гематогенной/лимфогенной диссеминации. Экстрагенитальный эндометриоз, локализованный в прямой мышце живота,

пупочном кольце или в паховом канале, встречается редко, по данным литературы на долю приходится от 0,03% до 1% от общей структуры заболеваемости. Возникает в результате ятрогенной имплантации эндометриальных клеток во время акушерско-гинекологической хирургии (особенно при операциях кесарево сечения) [4]. Симптомы эндометриоза могут быть незначительными: дисменорея, диспареуния, тазовая боль, симптомы мочевого тракта и бесплодие. Симптомы экстрагенитального эндометриоза зависят от локализации заболевания, но практически всегда присутствует цикличность симптомов, и это может быть единственным ключом, который приводит к диагнозу эндометриоза. Методы визуализации неспецифичны. Сонография – это первый метод визуализации, но малоспецифичный для экстрагенитальных имплантов, ограничение ультразвука заключается в его низкой чувствительности к бляшкам эндометрия. Лоцируется зачастую солидный узел разнородной эхоплотности с достаточно четкими неровными контурами, может иметь гетерогенную структуру с внутренними рассеянными гиперэхогенными эхосигналами; в некоторых случаях имеет хорошо очерченный гиперэхогенный ободок; наличие интранодулярных сосудов. Иногда гетеротопии могут выявляться в виде кистозных структур.

Мы предоставляем пример нашего клинического наблюдения. Пациентка Б., 30 лет. Обратилась в клинику «КафМедЦентр» с жалобами на

болезненные менструации (дисменорея), обильные менструации (гиперполименорея), болезненные половые контакты (диспареуния), припухлость и асимметрию слева от пупка, наличие болей там же, тупого характера, усиливающиеся во время менструации и спадающие после. Имеетсяотягощенный акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 15 лет по 7 дней, регулярные, болезненные. Половая жизнь с 19 лет, регулярный половой партнер. Беременностей – 3, роды – 2 (2008 г., 2011 г. – кесарево сечение), медицинский аборт – 1. В 2012 году во время периодического профилактического осмотра был установлен аденомиоз матки. Диагноз выставлен на основании локального статуса, УЗИ, гистероскопии, выскабливание полости матки. От предложенного гормонального лечения отказалась, получала симптоматическую терапию (противовоспалительную, обезболивающую). Через 3 года после установления диагноза: аденомиоз матки, стала отмечать жалобы на припухлость и асимметрию слева от пупка, наличие болей там же, тупого характера, усиливающиеся во время менструации и спадающие после. При УЗИ в мягких тканях передней брюшной стенки слева в мезогастррии в толще прямой мышцы лоцируется солидное образование с четкими неровными контурами 37,7x13,0x29,5 мм, имеет сосудистую артериальную ножку 1,6 мм в дм.

Закключение: данные за десмоид передней брюшной стенки (рис. 1).



Рис. 1. Ультразвуковая картина до начала лечения.

Учитывая репродуктивный возраст, цикличность клинических проявлений, их связь с менструальным циклом, оперативные вмешательства (2 кесарево сечения) и аденомиоз матки в анамнезе, назначена гормонотерапия агонисты

гонадотропных рилизинг гормонов Диферелин 11,25 мг каждые три месяца. На фоне проводимого лечения при УЗИ отмечается положительная динамика, в виде уменьшения размеров образования на 62% (рис. 2).



Рис. 2. Ультразвуковая картина после 6 месяцев лечения.

Больная получала гормонотерапию в течение 2 лет, после чего категорически отказалась от лечения, ссылаясь на соматический дискомфорт. В течение 6 месяцев отсутствия гормонального лечения боли не отмечала. Последние 2 месяца отмечает нарастание симптомов. Локально: Слева от пупка в толще прямой мышцы живота пальпируется опухолевидное образование плотно-эластической консистенции, болезненное, неправильной формы, размерами 37,0x41,0 мм.

Больная от предложенной повторной гормональной терапии отказалась. Учитывая прогрессирование заболевания и отказ больной от гормонотерапии, молодой возраст решено произвести хирургическое вмешательство в объеме иссечения опухолевидного образования мягких тканей передней брюшной стенки.

13.09.17 г. выполнена операция в объеме иссечение опухоли в пределах здоровой ткани. Макропрепарат: в толще прямой мышцы слева обнаружено образование без четких контуров, размерами 37,0x41,2 мм, плотной консистенции, на разрезе серо-розового цвета, с очагами кровоизлияния. Заключение патоморфологического исследования удаленной опухоли: Железистые структуры, выстланные призматическим мноморфным эпителием с базальной ориентацией ядер без признаков атипии. Часть желез свободно располагается в фиброзно-жировой ткани, часть лежит в характерном перифокальном слое эндометрия стромы. Вокруг вышеописанных железисто-стромальных образований наблюдается очаги свежих кровоизлияний, перифокального фиброза, гемосидероз, вторичная воспалительная реакция. Заключение: эндометриоз (рис. 3).

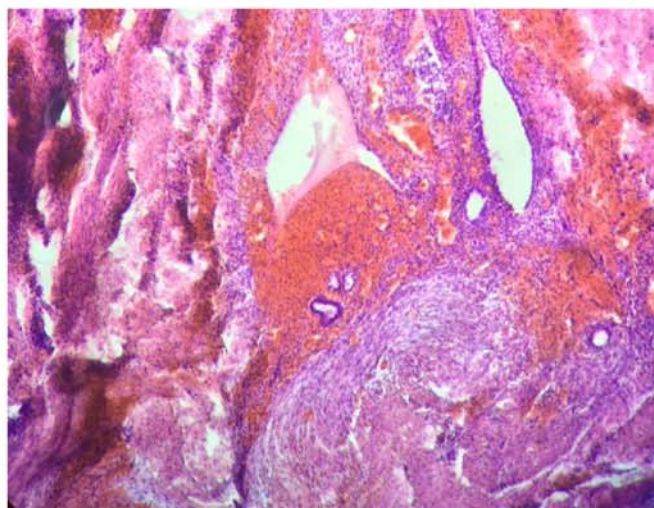


Рис. 3. Микроскопическая картина удаленной опухоли. Окраска гематоксилин-эозином, x100.

Пациентке выставлен окончательный диагноз: Основной диагноз: аденомиоз матки. Сопутствующие заболевания: дисменорея. Осложнение основного заболевания: эндометриоз прямой

мышцы передней брюшной стенки. Послеоперационный период протекал без особенностей, болевых ощущений не отмечает. В данное время пациентка возобновила гормональную терапию.

В **заключении** хотелось бы отметить, что в нашем клиническом случае отказ от гормональной терапии аденомиоза матки, привел к метастазированию последнего в толщу прямой мышцы живота, сформировав, таким образом, экстрагениальный очаг, чему способствовало наличие в анамнезе 2-х операций кесарева сечения. Наиболее оптимальным в данном случае явилось хирургическое иссечение опухоли и проведение гормонотерапии для профилактики рецидивов заболевания. На момент написания статьи прошло 6 месяцев после операции, у пациента признаков рецидива заболевания не отмечается.

Приведенное наблюдение вследствие редкой локализации и определенных трудностей диагностики и лечения безусловно имеет научно-практический интерес.

Литература

1. *Клинический случай неэффективности консервативной терапии эндометриоза передней брюшной стенки с точки зрения возможной роли стволовых клеток/ С.О. Дубровина [и др.] // Гинекология. - 2017. - №1. - С. 63-65.*
2. *Петухов, А.А. Эндометриоз послеоперационного рубца / А.А. Петухов, В.В. Флоренсов, В.В. Рудая // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра сибирского отделения Российской академии медицинских наук. -2016. -№2. -С. 20-24.*
3. *Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации по ведению больных. ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава РФ, 2016. -15 с.*
4. *Махмудова, С.Э. Проблема диагностики экстрагениального эндометриоза/ С.Э. Махмудова // Евразийский союз ученых. -2017. - №43. - С. 38-40.*