

Экстрагенитальный эндометриоз. Клинический случай

О.В. Чечулина[✉], О.В. Данилова

Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Казань, Россия

Аннотация

Экстрагенитальный эндометриоз (ЭГЭ) – наиболее редкий вариант эндометриозной болезни. Это процесс, при котором происходит доброкачественное разрастание ткани за пределами полости матки, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию. Проявление болезни чаще носит стертое течение, характерное для других заболеваний, и пациентки попадают в непрофильные отделения, что сопровождается ошибками в тактике лечения. Согласно данным Т.В. Дресвянской и соавт., частота ЭГЭ составляет 6–8% от числа всех случаев выявления эндометриозной болезни. В статье представлен случай успешного хирургического лечения ЭГЭ редкой локализации.

Ключевые слова: экстрагенитальный эндометриоз, передняя брюшная стенка, кишечник, хирургическое лечение

Для цитирования: Чечулина О.В., Данилова О.В. Экстрагенитальный эндометриоз. Клинический случай. Гинекология. 2021; 23 (5): 445–447. DOI: 10.26442/20795696.2021.5.201121

CASE REPORT

Endometriosis. Case report

Olga V. Chechulina[✉], Olga V. Danilova

Kazan State Medical Academy – branch of Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Kazan, Russia

Abstract

Extragenital endometriosis (EGE) is the rarest variant of endometrioid disease. This is a process in which a benign growth of tissue similar to the endometrium in morphological and functional properties occurs outside the uterine cavity. The manifestation of the disease has an erased course characteristic of other diseases and patients are more likely to end up in non-core departments, which is accompanied by errors in treatment tactics. According to the data of T.V. Dresvyanskaya et al., the frequency of EGE is 6–8% of the number of all cases of detection of endometrioid disease. The article presents a case of successful surgical treatment of EGE of rare localization.

Keywords: extratropical endometriosis, anterior abdominal wall, intestine, surgical treatment

For citation: Chechulina OV, Danilova OV. Endometriosis. Case report. Gynecology. 2021; 23 (5): 445–447. DOI: 10.26442/20795696.2021.5.201121

По данным Всемирной организации здравоохранения, эндометриоз является глобальной проблемой. Заболевание широко распространено и поражает женщин разных возрастов [1, 2].

Экстрагенитальный эндометриоз (ЭГЭ) – относительно редкая патология, при которой эндометриозные гетеротопии обнаруживаются за пределами органов половой системы. ЭГЭ может сочетаться с наружным или внутренним эндометриозом у одних женщин и быть единственной локализацией заболевания у других [3–5].

Эндометриоз – заболевание с характерной способностью к инфильтративному росту, склонностью к рецидивированию, относится к доброкачественным пролиферативным заболеваниям [3–5].

В литературе представлены случаи ЭГЭ с нестандартным течением болезни или клиникой проявления других заболеваний, что сопровождается ошибками в тактике лечения. Диагноз ЭГЭ нередко устанавливается во время операции, подтверждается результатами гистологического исследования, и в лечении возникает необходимость участия других специалистов [6–8].

Несмотря на длительное изучение эндометриоза, этиология данного патологического процесса до сих пор не ясна. Предложено множество теорий патогенеза эндометриоза: имплантационная (теория ретроградной менструации J. Sampson, 1921), согласно которой фрагменты эндометрия вследствие ретроградной менструации контактным либо лимфогенным или гематогенным путем проникают в отдаленные органы и ткани, образуя эндометриозные очаги [9].

К наиболее распространенным локализациям ЭГЭ, согласно данным В.П. Баскаковой и соавт. (2002 г.), относятся: поражение послеоперационных рубцов на передней брюшной стенке, пупка (частота его варьирует от 0,4 до 4%), органы мочевой системы (мочевой пузырь, почки) – вовлекаются в процесс у 1–3% женщин при распространенных формах эндометриоза. Из числа менструирующих женщин 1–2% страдают эндометриозом прямой и сигмовидной кишки [3, 4].

Н. Spjut и соавт. (1959 г.) указывают, что у 18–25% женщин с эндометриозом органов таза поражается кишечник. Из всех отделов кишечника эндометриоз чаще всего (70–80%) поражает прямую и сигмовидную кишку, затем тощую,

Информация об авторах / Information about the authors

[✉]Чечулина Ольга Васильевна – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО. E-mail: chechulina01@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9378-9888

Данилова Ольга Владимировна – канд. мед. наук, доц. каф. акушерства и гинекологии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО. E-mail: olzaiz@mail.ru; ORCID: 0000-0002-6742-0187

[✉]Olga V. Chechulina – D. Sci. (Med.), Prof., Kazan State Medical Academy – branch of Russian Medical Academy of Continuous Professional Education. E-mail: chechulina01@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9378-9888

Olga V. Danilova – Cand. Sci. (Med.), Kazan State Medical Academy – branch of Russian Medical Academy of Continuous Professional Education. E-mail: olzaiz@mail.ru; ORCID: 0000-0002-6742-0187

реже – слепую и еще реже – червеобразный отросток. Эндометриоз легких, плевры, бронхов и гортани относится к наиболее редким локализациям экстрагенитальной формы заболевания [3, 10, 11].

Диагностика ЭГЭ проводится на основании клинических проявлений и данных объективного обследования от менструального цикла. Следует уделять внимание дифференцировке ряда локализаций (кишечник, легкие, мочевой пузырь) экстрагенитальных форм с опухолевым процессом [9].

Кишечник обычно поражается эндометриозом вторично, в результате распространения процесса из яичников, позадишеечного очага или перешейка матки на стенку кишки. Реже наблюдается переход эндометриоза на кишку из послеоперационных рубцов и пупка. Первичное поражение кишечника (при отсутствии эндометриоза других органов, из которых он мог бы распространяться на кишку) наблюдается редко и происходит в результате гематогенного или лимфогенного занесения элементов эндометрия в стенку кишки [4, 5].

Клинические проявления эндометриоза кишечника разнообразны и зачастую «скрываются» под «маской» различной хирургической патологии, что обуславливает высокий процент гиподиагностики этого заболевания на дооперационном этапе. Это связано, по-видимому, не только с редкостью этой патологии, но и с неправильной трактовкой его симптомов.

Клинический случай

Представляем случай успешного лечения пациентки с ЭГЭ.

Больная Г. 42 лет направлена врачом женской консультации на стационарное лечение с жалобами на боли в нижних отделах живота ноющего и спазмирующего характера. Боли носили циклический характер за несколько дней до начала менструаций и приступообразный во время менструации и прекращались с их окончанием или через 3–4 дня. Во время менструаций наблюдались метеоризм и вздутие живота. Нередко имели место боли во время полового акта.

Из анамнеза выяснено, что менархе с 16 лет, нерегулярные, с задержками до 1–1,5 мес. С целью нормализации менструального цикла получала циклическую витаминотерапию. С 18 лет менструации стали болезненными (дисменорея), продолжительностью до 10 дней.

Принимала курсами в течение 6 мес дидрогестерон в дозе 10 мг 2 раза в сутки для облегчения эндометриозассоциированного болевого синдрома.

Из хронических заболеваний: гастродуоденит, подтвержденный фиброэзофагогастродуоденоскопией.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, телосложение нормостеническое, удовлетворительное питания. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Молочные железы мягкие, без патологических образований. В легких дыхание везикулярное, частота дыхательных движений 16 уд/мин. Частота сердечных сокращений 72 уд/мин, соответствует пульсу. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Костно-суставная система без видимой патологии. Стул с периодическими задержками. Дизурии нет.

Локально: язык чистый, влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации печень и селезенка не увеличены.

Гинекологический статус: 24-й день менструального цикла. Наружные половые органы развиты правильно. Слизистая оболочка влагалища не гиперемирована. Шейка матки коническая, без воспалительных явлений. Матка увеличена до 8 нед за счет миоматозных узлов, болезненная при пальпации, придатки увеличены с обеих сторон.

Ректально: наружные геморроидальные узлы не увеличены, тонус сфинктера сохранен, опухолевидных образований нет. Отмечалась болезненность стенок прямой кишки.

Данные инструментальных методов исследований: заключение рентгеновской компьютерной томографии органов грудной клетки – очаговых и инфильтративных изменений, признаков объемных процессов не выявлено.

Рентгеновская компьютерная томография органов брюшной полости: печень, селезенка без особенностей, в правой подвздошной области по наружной стенке купола слепой кишки – скопление жидкости с четкими контурами размером 29×13×21 мм, объемом до 5 мл, отмечается жидкость вокруг правого яичника циркулярно до 13 мм толщиной. Правый яичник несколько увеличен, до 25×20 мм. Данные жидкостные образования связаны тонким протоком.

Фиброколоноскопия: толстая кишка осмотрена до селезеночного угла, дальнейшее продвижение эндоскопа вызывает выраженную боль. Архитектоника складок и слизистой оболочки соответствует отделам толстого кишечника. Гаустрация – в норме, гаустры спазмированы, прослеживается на всем протяжении. Сигмовидная кишка раздражена, без рубцовых изменений.

Получала консервативно инфузионное лечение, антибиотиков, противовоспалительную терапию. На фоне проводимой терапии у болевой боли усилились. Принято решение с целью уменьшения симптомов, связанных с поражением, удаление очага эндометриоза; предотвращение прогрессирования и профилактика рецидивов. Радикальное оперативное вмешательство позволит сохранить репродуктивную функцию женщины [3].

Выставлены показания к оперативному лечению. Заключение: эндометриоз слепой кишки, осложненный формированием инфильтрата; дивертикулит сигмовидной кишки с обсединением; миома тела матки; поликистоз яичников. Выполнена операция: лапаротомия, гемиколэктомия справа с илеотрансверзоанастомозом «бок в бок», резекция сигмовидной кишки с колостомией. Удаление миомы тела матки. Резекция обоих яичников, дренирование брюшной полости.

Гистологическое исследование: эндометриоз кишечника. Послеоперационное течение гладкое, дренажи удалены, заживление послеоперационной раны первичным натяжением. Колостома физиологической окраски, функционирует. Больная выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдением гинеколога и хирурга в поликлинике по месту жительства.

Восстановительная операция через 4 мес.

Второй этап операции: лапаротомия; висцеролиз; реконструктивно-восстановительная операция по восстановлению целостности желудочно-кишечного тракта; сигмо-ректоанастомоз «конец в конец»; вылушивание кист обоих яичников.

Согласно данным некоторых авторов, оперативное лечение не всегда адекватно, и частота послеоперационных рецидивов эндометриоза составила 30 и 43% через 4 и 8 лет после операции соответственно [12].

Для снижения частоты рецидивирования и интенсивности тазовой боли требуется проведение консервативной терапии, прежде всего гормонами [3, 13]. Прогестины рассматриваются как альтернативный вариант для ингибирования пролиферации эстрогениндуцированного поражения и уменьшения боли, связанной с эндометриозом [13]. Вызывая аменорею и останавливая менструальное кровотечение (и рефлюкс) или даже просто уменьшая его тяжесть, они приводят к уменьшению попадания эритроцитов в брюшную полость. Это ведет к уменьшению окислительно-

го стресса, который является основным источником воспаления, вызванного избытком свободного железа и гема в малом тазу [14].

Во избежание возникновения и рецидивирования эндометриоза пациентке назначен диенгест в дозе 2 мг/сут. Диенгест купирует связанную с эндометриозом боль (дисменорея, диспареуния и диффузная тазовая боль); тормозит и уменьшает распространенность эндометриозных очагов; не уступает по эффективности агонистам гонадотропин-рилизинг-гормона (доказанный эффект); подходит для долгосрочного лечения эндометриоза; не оказывает негативного влияния на метаболический профиль и функцию печени; обладает высоким профилем эффективности и безопасности при терапии эндометриоза [15, 16].

Пациентка 1 раз в 2 мес в течение 6 мес осматривалась и продолжает наблюдаться акушером-гинекологом и хирургом: признаков рецидива эндометриоза не обнаружено. Пациентка работает, ведет активный образ жизни.

Публикация готовилась без финансовой поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

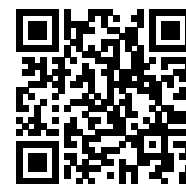
Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Литература/References

- Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod.* 2014;29(3):400-12.
- Гинекология: национальное руководство. Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, и др. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017 [Ginekologiya: natsional'noe rukovodstvo. Pod red. GM Savel'evoy, GT Sukhikh, VN Serova, et al. 2-e izd., pererab. i dop. Moscow: GEOTAR-Media, 2017 (in Russian)].
- Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы: руководство для врачей. 2-е изд. М.: Медицина, 2006 [Adamian LV, Kulakov VI, Andreeva EN. Endometriozy: rukovodstvo dlia vrachei. 2-e izd. Moscow: Meditsina, 2006 (in Russian)].
- Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кира Я.Ф. Эндометриозная болезнь. СПб., 2002 [Baskakov VP, Tselev IuV, Kira IaF. Endometrioidnaia bolezn'. Saint Petersburg, 2002 (in Russian)].
- Печеникова В.А., Костючек Д.Ф. Экстрагенитальный эндометриоз: клинико-морфологический и иммунологический анализ 45 наблюдений различной органной локализации. *Журн. акушерства и женских болезней.* 2010;59(2):69-77 [Pechenikova VA, Kostyuchek DF. Ekstragenital'nyi endometrioz: kliniko-morfologicheskii i immunologicheskii analiz 45 nabludeni razlichnoi organnoi lokalizatsii. *Zhurn. akusherstva i zhenskikh boleznei.* 2010;59(2):69-77 (in Russian)].
- Гинекология: национальное руководство. Под ред. В.И. Кулакова, И.В. Манухина, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011; с. 799-802 [Ginekologiya: natsional'noe rukovodstvo. Pod red. VI Kulakova, IV Manukhina, GM Savel'evoy. M.: GEOTAR-Media, 2011; p. 799-802 (in Russian)].
- Клинические рекомендации. Эндометриоз. Под ред. Л.В. Адамян, и др. М., 2020 [Klinicheskie rekomendatsii. Endometrioz. Pod red. LV Adamian, et al. Moscow, 2020 (in Russian)].
- Дресвянская Т.В., Прусов И.А., Фокина А.П., и др. Случай успешного хирургического лечения экстрагенитального эндометриоза РМЖ. *Мать и дитя.* 2018;2(1):70-2 [Dresvianskaia TV, Prusov IA, Fokina AP, et al. Sluchai uspeshnogo khirurgicheskogo lecheniia ekstragenital'nogo endometrioz RMZh. *Mat' i ditia.* 2018;2(1):70-2 (in Russian)].
- Демидов В.Н. Экстрагенитальный эндометриоз и его ультразвуковая диагностика. *Ультразвуковая и функциональная диагностика.* 2010;3:102-11 [Demidov VN. Ekstragenital'nyi endometrioz i ego ul'trazvukovaia diagnostika. *Ul'trazvukovaia i funktsional'naia diagnostika.* 2010;3:102-11 (in Russian)].
- Spjut H, Perkins D. Intestinal endometriosis. *Amer J Roentgenol.* 1959;82:1070.
- Cirillo F. Endometriosis of the caecum and ileo-caecal valve. A case report and review of the literature. *Chir Ital.* 2008;60(4):603-6.
- Cosson M, Querleu D, Donnez J, et al. Dienogest is as effective as triptorelin in the treatment of endometriosis after laparoscopic surgery: results of a prospective, multicenter, randomized study. *Fertil Steril.* 2002;77:684-92.
- Strowitzki T, Faustmann T, Gerlinger C, et al. Dienogest in the treatment of endometriosis-associated pelvic pain: a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010;151(2):193-8.
- Momoeda M, Harada T, Terakawa N, et al. Long-term use of dienogest for the treatment of endometriosis. *J Obstet Gynaecol Res.* 2019;35(6):1069-76.
- Прилепская В.Н. Эндометриоз и контрацептивные гормоны: возможности и перспективы. *РМЖ.* 2007;3:182 [Prilepskaia VN. Endometrioz i kontratseptivnye gormony: vozmozhnosti i perspektivy. *RMZh.* 2007;3:182 (in Russian)].
- Petraglia F, Hornung D, Seitz C, et al. Reduced pelvic pain in women with endometriosis: efficacy of long-term dienogest treatment. *Arch Gynecol Obstet.* 2012;285(1):167-73.

Статья поступила в редакцию / The article received: 23.03.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 25.10.2021



OMNIDOCTOR.RU