

## Комбіноване лікування хворої з ендометріюїдною пухлиною передньої черевної стінки

К. В. Тарасенко, Р. Б. Лисенко, В. С. Драбовський, В. Р. Лисенко, К. В. Пікуль

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

## Combined treatment of a woman-patient, suffering endometrioid tumor of anterior abdominal wall

K. V. Tarasenko, R. B. Lysenko, V. S. Drabovskiy, V. R. Lysenko, K. V. Pikul

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava

За останні роки проблема екстрагенітального ендометріозу набула великої значущості у зв'язку з постійним зростанням частки даного захворювання майже на 10% у структурі гінекологічної патології, що пов'язано з використанням сучасних методів його діагностики. Частота цього захворювання у жінок репродуктивного віку коливається від 12 до 70%. Актуальність даної проблеми обумовлена, окрім збільшення частоти ендометріозу, також складністю його діагностики на початкових етапах розвитку, а також відсутністю чітких підходів в обстеженні та лікуванні хворих [1].

Ендометріюїдні та інші пухлини передньої черевної стінки (ПЧС) виявляють вкрай рідко – у 0,03 – 3% спостережень. Найбільш часто діагностують десмоїд (39% спостережень), саркому (32%), ліпому (15%), дерматофібросаркому (14%) [2]. Дефекти після видалення пухлин ПЧС часто неможливе надійно закрити місцевими тканинами, у зв'язку з чим потрібно застосовувати сучасні хірургічні технології з імплантацією додаткових алопластичних матеріалів, абдомінопластикою для досягнення максимального естетичного ефекту без післяопераційних ускладнень [3].

Ми оцінили ефективність комбінованого (хірургічного та консервативного) лікування хворої з екстрагенітальним ендометріозом. Наводимо спостереження.

Хвора М., 1987 р. н., звернулася у хірургічну клініку 1-ї Міської клінічної лікарні м. Полтави зі скаргами на наявність випуклості й відчуття розпирання, біль у здухвинно-пахвинній ділянці зліва. Вважає себе хворою протягом одного року, коли вперше виявила випуклість. Виникнення даного утворення пов'язує з операцією (кесарів розтин), яка була виконана 1,5 року тому. Під час операції кесаревого розтину (лапаротомія за Пфанненштилем) проведено ревізію черевної порожнини: патологічних утворень не виявлено. Із часом випуклість повільно збільшувалась, протягом останнього півроку стала значно більшою, посилювався біль, що мав зв'язок із менструальним циклом. Тому звернулася за медичною допомогою до гінеколога. Патології з боку жіночих статевих органів не виявлено. Після огляду було призначено ультразвукове дослідження (УЗД) ПЧС, органів малого таза, лабораторне обстеження, консультацію хірурга.

Проведеним лабораторним обстеженням змін не виявлено. УЗД ПЧС: у ділянці рубця після кесаревого розтину, у ПЧС, у товщі прямого м'яза зліва локується гіпоехогенне утворення розмірами до 3,5 × 4,5 см, неоднорідної структури, з нерівними контурами, нечітке, яке не сполучається з черевною порожниною. Васкуляризація помірна. Огляд хірурга: живіт асиметричний, рівномірно бере участь в акті дихання, м'який, безболісний. У лівій здухвинно-пахвинній ділянці визначається випуклість розмірами до 7 × 8 см, щільна, малорухома, помірно болюча, не вправляється в черевну порожнину. Проведено цитологічне дослідження пунктату утворення: атипичних клітин не знайдено. Хвора консультована інфекціоністом. Патології не виявлено.

На підставі об'єктивного обстеження й додаткових досліджень хворої встановлено діагноз: пухлина ПЧС. Рекомендовано оперативне лікування в хірургічному відділенні.

26.04.2017 р. виконана операція: дерматоліпектомія за Тореком, видалення пухлини прямого м'яза зліва, алопластика ПЧС за методикою "sublay", мініабдомінопластика. Витяг із протоколу операції: під епідуральною анестезією двома поперечними розрізами у гіпогастрії довжиною до 23 см висічено старий післяопераційний рубець та шкірно-підшкірний клапот. Виявлено, що пухлина розташована в прямому м'язі зліва, розмірами до 4 × 5 × 7 см, щільна, бугриста, малорухома. Пухлину висічено разом із часткою прямого м'яза зліва в межах візуально не змінених тканин. Гемостаз. Враховуючи наявність дефекту розмірами до 8 × 10 см після видалення пухлини, виконана ретромускулярно-преперитонеальна алопластика ПЧС сітчастим імплантатом Еспера 10 × 15 см із фіксацією трансфасціальними швами. Активне дренивання зони імплантації. Мініабдомінопластика з використанням внутрішньошкірного шва.

Результат патологоанатомічного дослідження № 18630/35/6 від 07.05.2017 р.: ендометріоз. Перебіг післяопераційного періоду неускладнений. Рана загоїлась первинним натягом.

Згідно з літературними даними ендометріоз має здатність до інфільтративного росту в навколишні тканини та органи з їх деструкцією. Окрім цього, ендометріоз здатен

розповсюджуватися по кровоносних та лімфатичних судинах [4]. Тому для профілактики рецидиву ендометріозу, позбавлення пацієнтки хворобливих відчуттів, відновлення репродуктивної функції амбулаторно призначено лікування дієногестом – по 2 мг на добу перорально в безперервному режимі протягом 6 міс. Медикаменти підбирали згідно з репродуктивними планами пацієнтки. Даний препарат впливає на ендометріоз, зменшуючи продукцію естрадіола в організмі жінки та його трофічні ефекти на ендометрію клітини, що призводить до атрофії ендометрію клітин. Додаткові імуномодулюючі та антиангіогенні ефекти сприяють інгібуванню впливу дієногесту на проліферацію клітин.

Враховуючи, що ендометріоз належить до групи пухлинноподібних процесів дисгормональної природи, здатних до малигнізації, протягом усього періоду лікування проводили спостереження за станом пацієнтки та ультразвуковий моніторинг післяопераційного рубця й органів черевної порожнини кожні два місяці. Патологічних утво-

рень в ділянці ПЧС та в черевній порожнині не знайдено. Пацієнтка продовжує перебувати під спостереженням у гінеколога та хірурга.

Дане клінічне спостереження становить інтерес у плані діагностики, особливостей хірургічного втручання та подальшого лікування з метою профілактики рецидиву ендометріозу.

#### References

1. Adamyan LV, Kulakov VI, Andreeva EN. Endometriozy: Rukovodstvo dlya vrachey. Moskva: Meditsina; 2006. 411 s. [In Russian].
2. Stojadinovic A, Hoos A, Karpoff HM, Leung DH, Antonescu CR, Brennan MF, Lewis JJ. Soft tissue tumors of the abdominal wall: analysis of disease patterns and treatment. Arch Surg. 2001 Jan;136(1):70–9. PMID: 11146782.
3. Lysenko RB. The choice of alloplasty method for complex defects of abdominal wall, depending on their localization and morphological changes. Klinichna hirurgiia. 2016;(6):32–5. [In Ukrainian].
4. Strizhakov AN, Davyidov AI. Endometrioz. Klinicheskie i teoreticheskie aspekty. Moskva: Meditsina; 1995. 330 s. [In Russian].