



УДК 618.3+618.14-002

А. А. Трушкевич, Т. Г. Филоненко, А. Д. Мысенко, А. А. Стефанович

## АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ИЗОЛИРОВАННОЙ ФОРМЫ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

ГУ «Крымский государственный медицинский университет  
им. С. И. Георгиевского», Симферополь

УДК 618.3+618.14-002

А. А. Трушкевич, Т. Г. Филоненко, А. Д. Мысенко, А. А. Стефанович

### АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ИЗОЛИРОВАННОЙ ФОРМЫ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского», Симферополь

В современном акушерстве и гинекологии одной из наиболее актуальных проблем является проблема эндометриоза. Данное заболевание называют «болезнью цивилизации». Эндометриоз встречается в любом возрасте. По данным различных источников, эндометриозом страдает 10–30 % женщин, а в структуре стойкого болевого тазового синдрома эндометриоз занимает одно из первых мест (80 % пациенток). Среди пациенток с бесплодием эндометриоз встречается в 30 % случаев. Чаще всего наблюдается генитальный эндометриоз, но у 6–8 % пациенток выявляются экстрагенитальные формы эндометриоза. В нашей клинике зафиксирован редкий случай изолированной формы экстрагенитального эндометриоза послеоперационного рубца. Проведено детальное изучение данного случая с вовлечением смежных специалистов. Изолированность эндометриозного поражения не подтверждает ни одну из классических теорий развития эндометриоза. Однако изолированность эндометриозного поражения без исходного генитального эндометриоза свидетельствует о риске развития данной патологии в группе пациентов с отягощенным оперативным анамнезом. По результатам иммуногистохимического исследования изолированного очага эндометриоза отмечается высокий уровень экспрессии прогестероновых и умеренно выраженный — эстрогенных рецепторов, обуславливая необходимость проведения гормональной терапии в послеоперационном периоде. Длительная терапия, представленная сменой препаратов аГнРГ и пероральных прогестагенов (диеногеста — «Визан»), патогенетически обоснована и обеспечивает достаточный уровень противорецидивной защиты.

**Ключевые слова:** изолированная форма экстрагенитального эндометриоза, этиология, редкая форма.

UDC 618.3+618.14-002

A. A. Trushkevich, T. G. Filonenko, A. D. Mysenko, A. A. Stefanovich

### ANALYSIS OF CASE OF THE EXTRAGENITAL ENDOMETRIOSIS ISOLATED FORM

SI "Crimean State Medical University named after S. I. Georgievskiy", Simferopol

Problem of endometriosis is one of the most actual in modern obstetrics and gynecology. This disease is called "a civilization disease". Among endometriosis patients infertility is observed in 30% cases. Genital endometriosis is usually observed, but 6–8% of patients are suffering from extragenital form of endometriosis. In our clinic the exceptional case of the isolated form of extragenital endometriosis of the postoperative scar is registered. Detailed studying of this case with involvement of experts was carried out. Isolation of endometrioid defeat does not confirm any of classical theories of endometriosis development. However, the isolation of endometrioid lesions of genital endometriosis without source indicates a risk of development of this pathology in the group of patients with a burdenned operating history. Immunohistochemical study of the isolated focus of endometriosis notes the high level of the expression of progesterone and moderate estrogen receptors, resulting in the need for hormone therapy in postoperative period. Prolonged therapy is provided by the change of aGnRH and oral progestogen drugs (dienogesta "Vizan") and it ensures an adequate level of anti-relapse protection.

**Key words:** isolated form of extragenital endometriosis, etiology, rare form.



Впервые клинический случай эндометриоза был описан Рокитанским более 150 лет назад, однако и до сегодняшнего дня многие аспекты этого мультифакторного заболевания до конца не изучены, а широкий спектр теорий только подтверждает сложность данной патологии [1–3; 5]. В литературе дискутируется целый ряд теорий возникновения эндометриоза: нарушение эмбриогенеза, транслокации эндометрия во время менструации или в ходе оперативного лечения, диссеминации тканей эндометрия из полости матки по кровеносным или лимфатическим сосудам, последствия гормональных нарушений в системе гипоталамус–гипофиз–яичники–органы–мишени, теория измененного иммунного ответа, а также наследственной патологии и негативного влияния окружающей среды [2; 4; 6; 7]. Но ни одна из теорий не дает ответа на сложные механизмы патогенеза различных форм эндометриоза. Наиболее распространенной теорией патогенеза эндометриоза является гипотеза J. A. Sampson об имплантации жизнеспособных клеток эндометрия, выживании и дальнейшем развитии эндометриоидных имплантов. С одной стороны, для молекулярно-генетических дефектов зютопического эндометрия характерны патологические каскады синтеза эстрогенов, цитокинов, простагландинов, которые приводят к нарушению процессов спонтанного апоптоза, с другой — разнообразные иммунные нарушения приводят к сбою процессов элиминации эндометриоидных клеток [7; 8].

Экстрагенитальный эндометриоз (ЭГЭ) — относительно редкая патология, при которой эндометриоидные гетеротопии обнаруживаются за пределами органов половой системы. Экстрагенитальный эндометриоз может быть единственной локализацией забо-

левания у одних женщин или сочетаться с наружным или внутренним эндометриозом у других. К распространенным локализациям ЭГЭ относится поражение послеоперационных рубцов. Так, еще в 1934 г. Н. Harbitz опубликовал 193 наблюдения эндометриоза лапаротомических рубцов. Несколько реже встречается эндометриоз пупка. По данным J. Latcher (1953), проанализировавшего наблюдения различных авторов, частота его варьирует от 0,4 до 4 % по отношению ко всем локализациям.

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 [2]. Из числа менструирующих женщин 1–2 % страдают эндометриозом прямой и сигмовидной кишок. По данным Н. Spjut и D. Perkins (1959), 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, реже — слепую и еще реже — червеобразный отросток. Органы мочевой системы при распространенных формах эндометриоза вовлекаются в процесс у 1–3 % женщин. Эндометриоз легких, плевры и диафрагмы относится к наиболее редким локализациям экстрагенитальной формы заболевания [1; 2; 5–8].

Для больных с экстрагенитальным эндометриозом характерен репродуктивный воз-

раст, цикличность клинических проявлений заболевания, их связь у женщин репродуктивного и пременопаузального периодов с менструальным циклом, оперативные вмешательства на органах малого таза в анамнезе, а для экстрагенитального эндометриоза органов брюшной полости — сочетание с генитальным эндометриозом. Данная патология характеризуется типовой гистологической картиной, свойственной эндометриоидной болезни: сочетанием желез, выстланных эпителием эндометриального типа с эндометриальной цитогенной стромой, вариабельной частотой кровоизлияний, отложением гемосидерина, тенденцией к кистозной и фибропластической трансформации. В эпителиальном и стромальном компонентах гетеротопий обнаружена экспрессия рецепторов к стероидным гормонам. Еще более сложными представляются вопросы экстрагенитального эндометриоза, особенно при отсутствии генитального источника эндометриоза, что имело место в данном, достаточно редком клиническом случае

Больная Б., 28 лет, обратилась с жалобами на болезненность, отечность, локальную гиперемию и гипертермию в области послеоперационного рубца вследствие аппендэктомии. Вышеуказанные жалобы имели периодический характер с обострением процесса накануне месячных и беспокоили пациентку в течение последнего года.

Из общего анамнеза — соматически здорова. Состоит на учете по поводу миопии высокой степени, в связи с чем проведено 5 этапов операции лазерной коррекции сетчатки.

Гинекологический анамнез: менархе с 14 лет, менструальный цикл не нарушен, месячные безболезненные.

В возрасте 20 лет, т. е. 8 лет назад произведено оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения по



экстрагенитальным показаниям (миопия высокой степени). Послеоперационный период протекал гладко, выписана на 4-е сутки домой с ребенком. Аппендэктомия проведена 3 года назад.

При объективном осмотре обращает внимание наличие двух послеоперационных рубцов: рубец после операции кесарева сечения (при пальпации безболезненный, белесоватый) и рубец после аппендэктомии длиной 8 см, шириной 1,5–2 см (отмечается его локальная отечность, гиперемия, пальпаторно болезненный, уплотнен, не спаян с окружающими тканями).

При проведении ультразвукового исследования (УЗИ) послеоперационного рубца подтвержден диагноз ЭГЭ, а именно эндометриоз послеоперационного рубца. Заключение УЗИ послеоперационного рубца: в правой подвздошной области определяется образование неоднородной структуры без четких контуров, размерами 28×18×24 мм без кровотока в режиме цветного доплеровского картирования (рис. 1).

При гинекологическом обследовании и УЗИ органов малого таза патологических изменений не выявлено.

При лабораторном обследовании диагностированы:

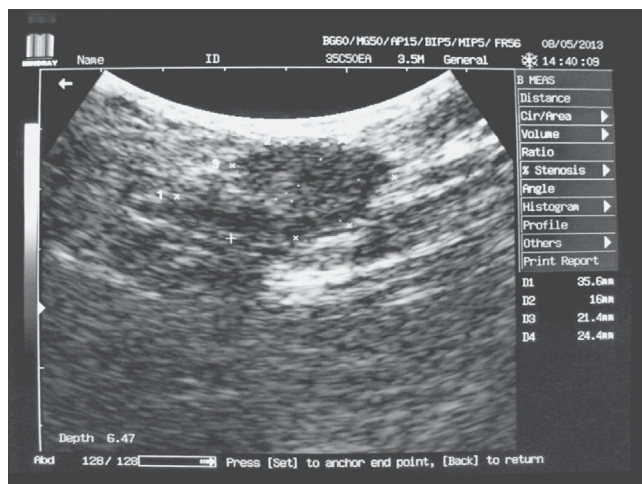
- умеренная гиперпролактинемия (уровень пролактина составил 26 нг/мл);

- незначительная гиперэстрогемия (показатель эстрадиола в конце 2-й фазы составил 246 нг/мл);

- показатели СА-125 и РЭА незначительно выше нормы (38 и 5,5 нг/мл соответственно).

После совместной консультации с хирургом принято решение о выполнении симультантной операции — диагностической лапароскопии органов и гистероскопии для исключения генитального эндометриоза, а также иссечения опухолевидного образования в области послеоперационного рубца.

Рис. 1. Ультразвуковое исследование послеоперационного рубца



При проведении диагностической лапароскопии данных, подтверждающих генитальный эндометриоз, не выявлено: тело матки нормальных размеров, придатки с двух сторон не изменены. Жидкости в брюшной полости и позади-маточном пространстве не отмечено. При детальном осмотре ретроцервикального пространства, яичников, области послеоперационного рубца на матке, париетальных и висцеральных листков брюшины, кишечника и сальника эндометриозидных очагов не выявлено.

Проведена гистероскопия с последующим взятием биоптата эндометрия — данных о наличии аденомиоза не выявлено. Результаты гистологического исследования соскоба эндометрия: эндометрий характерен для фазы ранней секреции. Железы приобретают неправильную форму. Эпителий желез преимущественно однорядный с наличием субвакуолей. В строме эндометрия отек, очаги лимфоцитарной и геморрагической инфильтрации (рис. 2).

При удалении эндометриозидного поражения линейным доступом в проекции послеоперационного рубца в правой подвздошной области рассечена кожная триада. Под фасцией Томпсона обнаружено опухолевидное образование плотно-эластической консистенции без четких границ раз-

мером ≈ 8×10 см, с частичной инвазией апоневроза наружной кривой мышцы живота. Опухоль выделена в пределах визуальной интактных тканей при помощи инструментальной диссекции и монополярной коагуляции. Целостность апоневроза восстановлена ушиванием «край в край», послойные швы с оставлением резиновых выпускников (рис. 3).

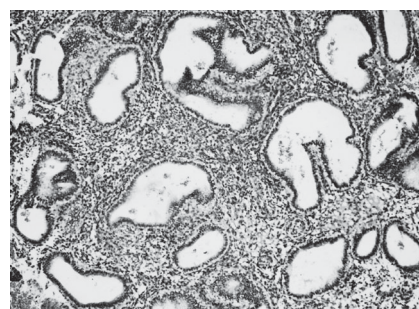


Рис. 2. Фрагмент эндометрия. Фаза ранней секреции (16-й день цикла). Окраска гематоксилином и эозином. ×200

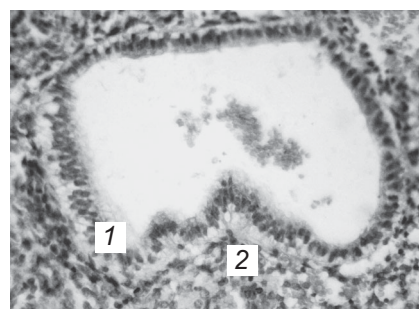


Рис. 3. Фрагмент эндометрия. Фаза ранней секреции (16-й день цикла). Субвакуоли (1) и глыбки гемосидерина (2). Окраска гематоксилином и эозином. ×400



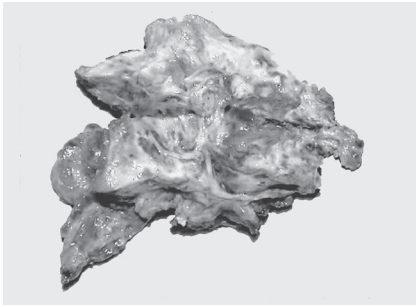


Рис. 4. Макроскопическая картина удаленного операционного материала

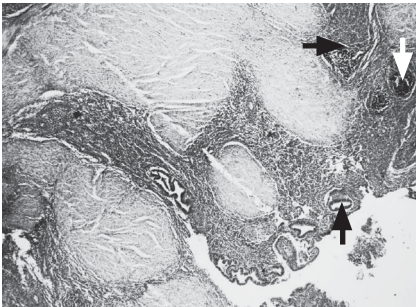


Рис. 5. Фрагмент фиброзной ткани с очагом эндометриоза. Фаза ранней секреции (16-й день цикла). Лимфоидные фолликулы (стрелки). Окраска гематоксилином и эозином.  $\times 100$

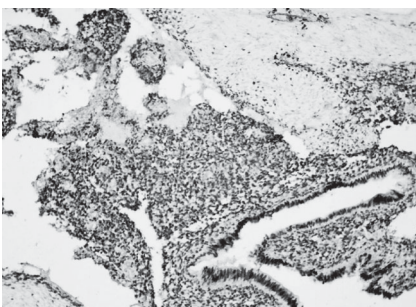


Рис. 6. Очаг эндометриоза. Выраженная экспрессия рецепторов к прогестерону. Иммуногистохимия. Система визуализации EnVision™ FLEX+.  $\times 200$

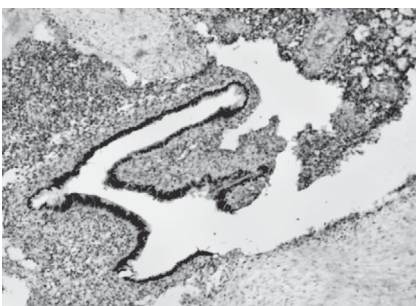


Рис. 7. Очаг эндометриоза. Выраженная экспрессия рецепторов к эстрогену. Иммуногистохимия. Система визуализации EnVision™ FLEX+.  $\times 200$

Операционный материал эндометриоидного очага из рубца передней брюшной стенки, отправленный на патогистологическое исследование, гистологически был представлен множественными очагами эндометриоза различных размеров, располагающимися среди фиброзной ткани (рис. 4). Железы имели овальную или неправильную извитую форму. Эпителий желез с явлениями пролиферации, субвакуоли отсутствовали. В эндометриоидной ткани обнаруживаются выраженные признаки хронического воспаления, проявляющиеся наличием лимфоцитарной инфильтрации с формированием лимфоидных фолликулов (рис. 5). Также отмечаются геморрагическая инфильтрация и наличие глыбок гемосидерина (см. рис. 3).

При иммуногистохимическом исследовании определялась выраженная экспрессия к прогестерону. Позитивная реакция отмечается как в эпителии желез, так и в эндометриальной строме, распространяющейся в фиброзную ткань послеоперационного рубца (рис. 6).

Экспрессия рецепторов к эстрогену расценена как умеренно-выраженная в строме и эпителии желез (рис. 7).

При исследовании рецепторов к пролактину позитивная реакция отсутствовала.

Пациентке в послеоперационном периоде назначено лечение агонистами гонадотропин-рилизинг гормона (аГнРГ) с целью профилактики рецидивирования заболевания («Диферелин 3,75») курсом на 3 мес. с последующим приемом препарата «Визан» длительно — 9 мес. Позитивный клинический эффект от проведенной терапии отмечен положительными клиническими результатами при динамическом контроле через 6, 9 и 12 мес., что свидетельствует о правильности выбранной стратегии и тактики в ведении данного клинического случая с изолирован-

ной формой экстрагенитального эндометриоза послеоперационного рубца.

## Выводы

1. Изолированность эндометриоидного поражения без исходного генитального эндометриоза свидетельствует о риске развития данной патологии в группе пациентов с отягощенным оперативным анамнезом.

2. По результатам иммуногистохимического исследования изолированного очага эндометриоза отмечается высокий уровень экспрессии прогестероновых и умеренно выраженный — эстрогенных рецепторов, обуславливая необходимость проведения гормональной терапии в послеоперационном периоде.

3. Длительная терапия, представленная сменой препаратов аГнРГ и пероральных прогестагенов (диеногеста — «Визан»), патогенетически обоснована и обеспечивает достаточный уровень противорецидивной защиты.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Манухин И. Б. Пропедевтика эндоскопической хирургии в гинекологии / И. Б. Манухин, М. М. Высоцкий, Г. М. Местергази. — М.: Династия, 2003.
2. Манухин И. Б. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии / И. Б. Манухин, Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
3. Савельева Г. М. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии / Г. М. Савельева. — М.: МИА, 2006. — 720 с.
4. Tailoring radicality in demolitive surgery for deeply infiltrating endometriosis / L. Fedele, G. Zanconato, S. Bianchi [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2005. — Vol. 193. — P. 1057–1065.
5. Dyspareunia and quality of sex life after laparoscopic excision of endometriosis and postoperative administration of triptorelin / S. Ferrero, L. H. Abbamonte, M. Parisi [et al.] // Fertil Steril. — 2006. — [Epub ahead of print].
6. Endoscopic treatment of deep infiltrating endometriosis (DIE) involving the bladder and rectosigmoid colon / A. Langebrekke, O. Istret, B. Busund [et al.] // Acta. Obstet. Gynecol. Scand. — 2006. — Vol. 85. — P. 712–715.



7. Possover M. Isolated infiltrative endometriosis of the sciatic nerve: a report of three patients / M. Possover, V. Chiantera // *Fertil Steril*. – 2007. – Vol. 87. – P. 417–419.

8. Stratton P. The tangled web of reasons for the delay in diagnosis of endometriosis in women with chronic pelvic pain: will the suffering end? / P. Stratton // *Fertil Steril*. – 2006. – Vol. 86. – P. 1302–1304.

#### REFERENCES

1. Manukhin I.B., Vysotsky M.M., Mestergazi G.M. Propedeutics of endoscopic surgery in gynecology. — Moscow, Dinastia, 2003.

2. Manukhin I.B., Tumilovich L.G. Gevorkyan M.A. Clinical lectures on the Gynecological Endocrinology. Moscow, GEOTARMedia, 2006.

3. Savelyeva G. M. Handbook of obstetrics, gynecology and perinatology. M., MIA, 2005. 720 p.

4. Fedele L., Zanconato G., Bianchi S. et al. Tailoring radicality in demolitive surgery for deeply infiltrating endometriosis. *Am. J. Obstet. Gynecol* 2005; 193: 1057-1065.

5. Ferrero S., Abbamonte L.H., Parisi M. et al. Dyspareunia and quality of sex life after laparoscopic excision of endometriosis and postoperative administration of triptore-

lin. *Fertil Steril* 2006. – [Epub ahead of print].

6. Langebrekke A., Istre O., Busund B. et al. Endoscopic treatment of deep infiltrating endometriosis (DIE) involving the bladder and rectosigmoid colon. *Acta. Obstet. Gynecol. Scand* 2006; 85: 712-715.

7. Possover M., Chiantera V. Isolated infiltrative endometriosis of the sciatic nerve: a report of three patients. *Fertil Steril* 2007; 87: 417-419.

8. Stratton P. The tangled web of reasons for the delay in diagnosis of endometriosis in women with chronic pelvic pain: will the suffering end? *Fertil Steril* 2006; 86: 1302-1304.

Поступила 28.04.2014

Передплачуйте  
і читайте



## ОДЕСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Передплата приймається у будь-якому передплатному пункті

Передплатний індекс 48717

У випусках журналу:

- ◆ Теорія і експеримент
- ◆ Клінічна практика
- ◆ Профілактика, реабілітація, валеологія
- ◆ Новітні технології
- ◆ Огляди, рецензії, дискусії

