

Статья поступила в редакцию 13.01.2024 г.

DOI: 10.24412/2687-0053-2024-1-93-96

EDN: ZRAODU

Информация для цитирования:

Ющенко М.А., Ананьева Т.В., Довбета Е.В., Котова А.А., Иванов А.О., Елгина С.И., Рудаева Е. В., Мозес К.Б. ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ С ПОРАЖЕНИЕМ КИШЕЧНИКА, МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ЯИЧНИКОВ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) // Медицина в Кузбассе. 2024. №1. С. 93-96.

Ющенко М.А., Ананьева Т.В., Довбета Е.В., Котова А.А., Иванов А.О., Елгина С.И., Рудаева Е. В., Мозес К.Б.

Кузбасская областная клиническая больница им. С.В. Беляева,
Кемеровский государственный медицинский университет,
г. Кемерово, Россия



ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ С ПОРАЖЕНИЕМ КИШЕЧНИКА, МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ЯИЧНИКОВ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Учитывая многоликость клинических симптомов: циклические и хронические боли, бесплодие, аномальные маточные кровотечения, нарушение функции соседних органов и другие жалобы, снижающие качество жизни, в том числе психоэмоциональный статус у женщин преимущественно репродуктивного возраста, эндометриоз остается одним из самых социально и демографически значимых заболеваний, требующих мультидисциплинарного подхода.

В представленной статье описан редкий клинический случай инфильтративного эндометриоза с поражением ректосигмоидного, илеоцекального отдела толстой кишки, ректовагинальной перегородки, кишечника, яичников. Учитывая мультидисциплинарный подход акушеров-гинекологов, хирургов и урологов, оптимальную выбранную тактику ведения пациентки, был получен благоприятный исход для женщины.

Ключевые слова: инфильтративный эндометриоз; поражение кишечника; мочевого пузыря и яичников

Yushchenko M.A., Ananyeva T.V., Dovbета E.V., Kotova A.A., Ivanov A.O., Elgina S.I., Rudaeva E.V., Moses K.B.

S.V. Belyaev Kuzbass Regional Clinical Hospital, Kemerovo State Medical University,
Kemerovo, Russia

INFILTRATIVE ENDOMETRIOSIS WITH DAMAGE TO THE INTESTINES, BLADDER, OVARIES (CLINICAL CASE)

Taking into account the diversity of clinical symptoms: cyclic and chronic pain, infertility, abnormal uterine bleeding, dysfunction of neighboring organs and other complaints that reduce the quality of life, including the psycho-emotional status of women of predominantly reproductive age, endometriosis remains one of the most socially and demographically significant diseases requiring a multidisciplinary approach.

This article describes a rare clinical case of infiltrative endometriosis with lesions of the rectosigmoid, ileocecal colon, rectovaginal septum, intestines, ovaries. Taking into account the multidisciplinary approach of obstetricians, gynecologists, surgeons and urologists, the optimal chosen management tactics of the patient was obtained a favorable outcome for the woman.

Key words: infiltrative endometriosis; damage to the intestines; bladder and ovaries

Эндометриоз традиционно подразделяют на генитальный и экстрагенитальный, генитальный, в свою очередь, — на внутренний, аденомиоз (эндометриоз тела матки), и наружный (эндометриоз шейки матки, влагалища, промежности, ретроцервикальной области, яичников, маточных труб, брюшины, прямокишечно-маточного углубления и др.) [1-3].

Эндометриозом во всем мире страдают примерно 10 % женщин, в основном, репродуктивного возраста [4]. В связи с тем, что эндометриоз может протекать бессимптомно, его истинную распространенность оценить затруднительно. Учитывая многоликость клинических симптомов (циклические и хронические боли, бесплодие, аномальные маточные кровотечения, нарушение функции соседних органов и другие), снижающих качество жизни, в том числе психоэмоциональный статус у женщин преимущественно репродуктивного возраста, эндометриоз

остается одним из самых социально и демографически значимых заболеваний, требующих мультидисциплинарного подхода [5, 6]. В настоящее время отмечается тенденция к росту заболеваемости. В нашей клинике данный вид оперативного вмешательства проводится совместно с хирургом, урологом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациентка К., 36 лет находилась в Кузбасской областной клинической больнице им. С.В. Беляева с диагнозом «Инфильтративный эндометриоз ректосигмоидального илеоцекального отделов, эндометриоз кишечника, эндометриоз мочевого пузыря, эндометриоз яичников».

Женщине проведено полное клинико-лабораторное обследование, ультразвуковое исследование органов малого таза, МРТ, илеоколоноскопия. Паци-

ентка дала согласие на оперативное лечение и госпитализацию в КОКБ, где в последующем была проведена лапароскопия, в объеме иссечения очагов эндометриоза правого яичника острым путем, иссечение инфильтрата в области пузырно-маточного пространства, низкая передняя резекция ректо-сигмоидного отдела толстой кишки с перевязкой и пересечением прямокишечной вены и артерии, наложен сигморектоанастомоз.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентка К. поступила с жалобами на чувство постоянной наполненности мочевого пузыря, боли при мочеиспускании во время менструации, оценка по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) — 10 баллов (из 10 возможных), интенсивные тянущие боли внизу живота и в области поясницы, усиливающиеся накануне менструации, оценка по ВАШ — 10 баллов; чувство вздутия живота, боли в левой подвздошной области, усиливающиеся во время менструаций, оценка по ВАШ — 9 баллов.

Из анамнеза заболевания: Впервые тянущие боли внизу живота и болезненные менструации, которые не купировались обезболивающими препаратами, возникли в 2014 г. В 2015 году проведена операция по месту жительства: лапароскопия, иссечение очагов инфильтративного эндометриоза на крестцово-маточных связках, брюшине, прямокишечно-маточного и переднематочного углублений, цистэктомия справа, удаление фибром обоих яичников, паратубарной кисты справа.

После оперативного вмешательства тазовые боли в динамике уменьшились, гормонотерапию не получала. Наблюдается у репродуктолога в течение 5 лет. В 2018-2019 годах проведены три неудачные попытки ЭКО-ИКСИ.

В течение последнего года отмечает появление дизурических явлений, чувства вздутия живота, связанных с менструальным циклом. С марта 2023 года назначен прием гестагенов 5 мг 2 раза в день с 16 по 25 день цикла. Учитывая клинические и инструментальные данные, показано оперативное лечение с последующим планированием программы ВРТ.

Результаты дополнительных методов исследования на догоспитальном этапе:

Илеоколоноскопия: Полип толстой кишки. Сдавление? Прорастание? около 2 см в диаметре, суживающее просвет на 1/3 извне ректосигмоидного перехода. Слизистая области сужения гиперемирована, при инструментальной пальпации плотное, не смещаемое.

Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное: Матка грушевидной формы 51 × 38 × 56 мм. В средней трети передней стенки узелок с локально нечеткими контурами, сниженной эхогенности размерами до 7-8 мм, немного наслаивается на М-эхо (ближе ко 2 типу по Figo). М-эхо до 6 мм. Полость матки не расширена. В ретроцервикальной области слева гипоехогенный очаг непра-

вильной формы 21 × 15 × 25 мм с признаками вовлечения кишечной стенки. Стенка мочевого пузыря локально (у передней стенки матки) на протяжении 24 мм утолщена до 12 мм. Заключение: УЗ-признаки глубокого инфильтративного эндометриоза (признаки вовлечения в процесс ректосигмовидного отдела кишечника и мочевого пузыря, мелкого узелка тела матки, незначительных диффузных изменений миометрия (по типу аденомиоза), свободной жидкости и спаечного процесса в полости малого таза.

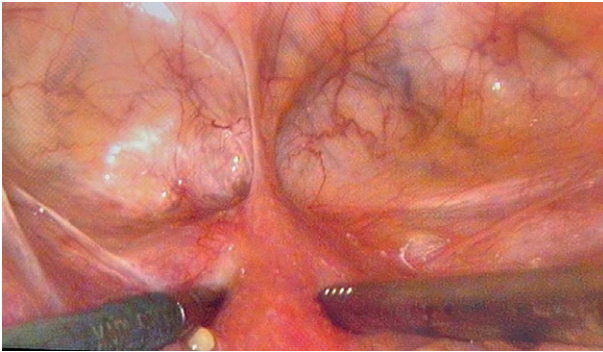
Магнитно-резонансная томография органов малого таза: Грубые спаечные изменения органов малого таза со смещением матки и шейки матки вправо, смещением яичников, с формированием спаек в том числе с брюшиной стенок таза. Аденомиоз 3 степени, полиповидная аденома передней стенки матки 10 × 11 × 9 мм, выстоящая в просвет. Очаги инфильтративного эндометриоза: ретроцервикального пространства на стенку толстой кишки на всю толщу мышечного слоя в области ректо-сигмоидного перехода, левую маточно-крестцовую связку, мезоректальную фасцию, стенку таза размерами 26 × 15 × 17 мм; очаги на поверхности передней стенки матки с инвазией миометрия и задней стенки мочевого пузыря на всю толщу мышечного слоя 21 × 16 × 21 мм. Поверхностные очаги: обоих яичников, широких, круглых, правой маточно-крестцовой связки. Отложение гемосидерина (последствия кровоизлияний) на поверхности мезоректальной фасции, брюшины задних отделов таза.

Интраоперационно: Проведено рассечение спаек в позадматочном пространстве; разделение элементов инфильтрата. Инфильтрат выполняет ретроцервикальное пространство, размерами до 30 × 10 × 5 мм, плотной структуры. Выполнено выделение и иссечение инфильтрата методом «шейвинга». Проведено иссечение очагов эндометриоза правого яичника острым путем; гемостаз точечный, с применением биполярной коагуляции (рис. 1).

Интраоперационно: Проведено иссечение инфильтрата в области пузырно-маточного пространства урологом-хирургом: по задней стенке мочевого пузыря определяется участок инфильтрации 3 × 2 см. Проведена резекция вышеописанного участка в пределах здоровых тканей. Дефект стенки ушит двухрядно с укрытием брюшины. Контроль целостности мочевого пузыря: мочевой пузырь наполнен через уретральный катетер до 300 мл, швы состоятельны, герметичны.

Хирургом проведена ревизия дистального отдела сигмовидной кишки и ректосигмоидного отдела прямой кишки: сигмовидная кишка в дистальной трети и прямая кишка в верхнеампулярном отделе и на уровне тазовой брюшины с инфильтративными изменениями стенки и сужением просвета. Выполнена низкая передняя резекция ректо-сигмоидного отдела толстой кишки с перевязкой и пересечением прямокишечной вены и артерии. Прямая кишка пересечена аппаратом Contur на уровне верхне ампулярного отдела. Сигмовидная кишка низведена в малый таз, наложен сигморектоанастомоз

Рисунок 1
Интраоперационная картина эндометриоидного инфильтрата мочевого пузыря
Figure 1
Intraoperative picture of endometrioid infiltrate of the bladder



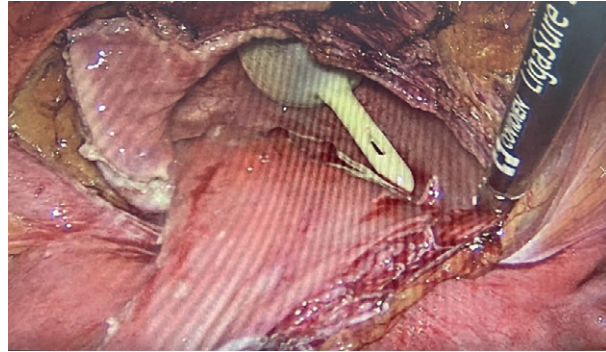
«конец в конец» циркулярным сшивающим аппаратом. Проверка на герметичность (рис. 2).

В раннем послеоперационном периоде отмечено значимое снижение оценки боли в области таза по ВАШ до 4. В дальнейшем проводилась гормональная терапия агонистами ГнРГ в течение 6 мес. После отмены препарата тазовая боль при ВАШ составила 2. У пациентки через 2 месяца после отмены препарата нормализовалась менструальная функция.

ВЫВОДЫ

Наш опыт свидетельствует о положительном влиянии радикального удаления всех очагов как с

Рисунок 2
Резекция задней стенки мочевого пузыря с эндометриоидным инфильтратом
Figure 2
Resection of the posterior wall of the bladder with endometrioid infiltration



позиций уменьшения болей, вероятности рецидива. Мы считаем, что необходимо проводить адекватную терапию эндометриоза и находить оптимальное соотношение хирургического и медикаментозного лечения индивидуально для каждой пациентки.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Cozzolino M, Coccia ME, Lazzeri G, Basile F, Troiano G. Variables associated with endometriosis-related pain: a pilot study using a visual analogue scale. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2019; 41(3): 170-175. DOI: 10.1055/s-0039-1679879
2. Feldman MK, VanBuren WM, Barnard H, Taffel MT, Kho RM. Systematic interpretation and structured reporting for pelvic magnetic resonance imaging studies in patients with endometriosis: value added for improved patient care. *Abdom Radiol (NY).* 2020; 45(6): 1608-1622. DOI: 10.1007/s00261-019-02182-1
3. Tomasetti C, Bafort C, Meuleman C, Welkenhuysen M, Fieuws S, D'Hooghe T. Reproducibility of the Endometriosis Fertility Index: a prospective inter-/intra-rater agreement study. *BJOG.* 2020; 127(1): 107-114. DOI: 10.1111/1471-0528.15880
4. Pantou A, Simopoulou M, Sfakianoudis K, Giannelou P, Rapani A, Maziotis E, et al. The Role of laparoscopic investigation in enabling natural conception and avoiding in vitro fertilization overuse for infertile patients of unidentified aetiology and recurrent implantation failure following in vitro fertilization. *J Clin Med.* 2019; 8(4): 548. DOI: 10.3390/jcm8040548
5. Cope AG, VanBuren WM, Sheedy SP. Endometriosis in the postmenopausal female: clinical presentation, imaging features, and management. *Abdom Radiol (NY).* 2019; 45(6): 1790-1799. DOI: 10.1007/s00261-019-02309-4
6. Oral E, Aydin O, Kumbak BA, İlvan S, Yilmaz H, Tustas E, et al. Concomitant endometriosis in malignant and borderline ovarian tumours. *J Obstet Gynaecol.* 2018; 38(8): 1104-1109. DOI: 10.1080/01443615.2018.1441815

Сведения об авторах:

ЮЩЕНКО Марина Анатольевна, заведующая гинекологическим отделением, ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.
АНАНЬЕВА Татьяна Владимировна, врач гинекологического отделения, ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.
ДОВБЕТА Евгений Владимирович, врач-хирург хирургического отделения № 1, ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.
КОТОВА Александра Александровна, врач гинекологического отделения, ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.
ИВАНОВ Алексей Олегович, врач урологического отделения, ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.

Information about authors:

YUSHCHENKO Marina Anatolyevna, head of the gynecological department, S.V. Belyaev Kuzbass Regional Clinical Hospital, Kemerovo, Russia.
ANANYEVA Tatyana Vladimirovna, doctor of the gynecological department, S.V. Belyaev Kuzbass Regional Clinical Hospital, Kemerovo, Russia.
Evgeniy Vladimirovich DOVBETA, surgeon at surgical department No. 1, S.V. Belyaev Kuzbass Regional Clinical Hospital, Kemerovo, Russia.
KOTOVA Alexandra Alesandrovna, doctor of the gynecological department, S.V. Belyaev Kuzbass Regional Clinical Hospital, Kemerovo, Russia.
IVANOV Alexey Olegovich, doctor of the urology department, S.V. Belyaev Kuzbass Regional Clinical Hospital, Kemerovo, Russia.

Сведения об авторах:

ЕЛГИНА Светлана Ивановна, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия.

E-mail: elginas.i@mail.ru

РУДАЕВА Елена Владимировна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия.

E-mail: rudaeva@mail.ru

МОЗЕС Кира Борисовна, ассистент кафедры поликлинической терапии и сестринского дела, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: kbsolo@mail.ru

Information about authors:

ELGINA Svetlana Ivanovna, doctor of medical sciences, docent, professor of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.

E-mail: elginas.i@mail.ru

RUDAEVA Elena Vladimirovna, candidate of medical sciences, docent, docent of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.

E-mail: rudaeva@mail.ru

MOZES Kira Borisovna, assistant, department of polyclinic therapy and nursing, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.

E-mail: kbsolo@mail.ru

Корреспонденцию адресовать: ЕЛГИНА Светлана Ивановна, 650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова 22 а, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России

Тел: 8 (3842) 73-48-56 E-mail: elginas.i@mail.ru