

Статья поступила в редакцию 26.04.2021 г.

DOI: 10.24411/2687-0053-2021-10021

Информация для цитирования:

Елгина С.И., Лаврова Е.В. ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ: КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ // Медицина в Кузбассе. 2021. №2. С. 47-49.

Елгина С.И., Лаврова Е.В.

Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово, Россия

ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ: КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Цель исследования – определить клинико-анамнестические особенности женщин с экстрагенитальным эндометриозом.

Материалы и методы. Ретроспективно изучены 150 историй болезней женщин с эндометриозом, 30 из них были женщины с экстрагенитальным эндометриозом, прооперированным в ККБ СМП им. М.А. Подгорбунского за 2017-2020 гг. Средний возраст пациенток составил $36,9 \pm 14,31$ лет.

Результаты. По локализации среди экстрагенитального эндометриоза установлено поражение передней брюшной стенки: послеоперационного рубца – 23 случая (76,6 %), мягких тканей – 7 случаев (23,3 %). Из анамнеза жизни данных пациенток установлено, что все всего они были родоразрешены операцией кесарева сечения, в экстренном порядке – 20 женщин (66,6 %), в плановом – 10 (33,4 %). Сопутствующая гинекологическая патология в виде аномальных маточных кровотечений была у 5 женщин (16,6 %), СПКЯ – у 5 (16,6 %), первичное бесплодие – у 4 (13,3 %), миома тела матки – у 2 (6,6 %). Все пациентки обследованы амбулаторно и направлены на плановое оперативное лечение. По результатам УЗИ органов малого таза были обнаружены в структуре передней брюшной стенки в области послеоперационного рубца гипоехогенные образования размером до 2 см в 21 случае (70 %), от 2 до 3,5 см – в 9 (30 %). При проведении оперативного лечения послеоперационного рубца лапаротомным доступом по старому рубцу у женщин обнаруживался плотный инфильтрат, на разрезе которого была фиброзно-жировая ткань с множеством очагов по типу черных «глазков» и «ходов». Чаще инфильтрат ограничивался апоневрозом – у 27 женщин (90 %), имел сращение с брюшиной – у 3 (10 %). В результате гистологического исследования во всех случаях был подтвержден диагноз эндометриоза.

Заключение. Экстрагенитальный эндометриоз – достаточно редкая патология. Эндометриоз послеоперационного рубца и мягких тканей, несомненно, напрямую связан с оперативными вмешательствами, прежде всего, с оперативными родами.

Ключевые слова: эндометриоз генитальный; эндометриоз экстрагенитальный

Elgina S.I., Lavrova E.V.

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

EXTRAGENITAL ENDOMETRIOSIS: CLINICAL AND ANAMNESTIC FEATURES

Objective – to determine the clinical and anamnestic features of women with extragenital endometriosis.

Materials and methods. 150 medical histories of women with endometriosis were retrospectively studied, 30 of them were women with extragenital endometriosis, treated in the KKB of the M.A. Podgorbunsky SMP for 2017-2020. The average age of the patients was 36.9 ± 14.31 years.

Results. According to the localization of extragenital endometriosis, a lesion of the anterior abdominal wall was found: postoperative scar – 23 cases (76.6 %), soft tissue – 7 cases (23.3 %). From the life history of these patients, it was found that all of them were delivered by cesarean section, in an emergency – 20 women (66.6 %), in a planned – 10 (33.4 %). Concomitant gynecological pathology in the form of abnormal uterine bleeding was in 5 women (16.6 %), PCOS – in 5 (16.6 %), primary infertility – in 4 (13.3 %), uterine fibroids – in 2 (6.6 %). All patients were examined on an outpatient basis and sent for planned surgical treatment. According to the results of ultrasound of the pelvic organs, hypoechoic formations up to 2 cm in size were found in the structure of the anterior abdominal wall in the area of the postoperative scar in 21 cases (70 %), from 2 to 3.5 cm – in 9 (30 %). When performing surgical treatment of a postoperative scar with laparotomic access along the old scar, a dense scar was found in women

Conclusion. Extragenital endometriosis is a fairly rare pathology. Endometriosis of the postoperative scar and soft tissues is undoubtedly directly related to surgical interventions, primarily operative childbirth.

Key words: genital endometriosis; extragenital endometriosis

Эндометриоз – хроническое, прогрессирующее, рецидивирующее и гормонозависимое заболевание, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию [1-3]. Эндометриоз традиционно подразделяют на генитальный и экстрагениталь-

ный. Заболеваемость эндометриозом у женщин репродуктивного возраста варьирует от 7 % до 59 %. Считается, что эндометриозом во всем мире страдают примерно 10 % женщин, в основном репродуктивного возраста [4-6]. В связи с тем, что эндометриоз может протекать бессимптомно, его истинную распространенность оценить затруднительно.

Экстрагенитальный эндометриоз поражает все органы и ткани, кроме половых, однако чаще всего расположенных рядом с ними. В соответствии с местом локализации данного вида эндометриоза, он может быть причислен к следующим подвидам по наименованию конкретного органа: мочевого пузыря и мочеиспускательного канала; брюшины; кишечника; пупка; аппендикса; легких; плевры; диафрагмы; печени; почек; послеоперационных рубцов.

Экстрагенитальный эндометриоз встречается гораздо реже генитального и составляет 0,42-4,0 % [7, 8]. Диагностика и лечение экстрагенитального эндометриоза представляет трудности [9, 10]. В связи с этим, представляет интерес изучение причин, локализации и тактики ведения женщин с экстрагенитальным эндометриозом.

Цель исследования — определить клинико-анамнестические особенности женщин с экстрагенитальным эндометриозом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективно изучены 150 историй болезней женщин с эндометриозом, 30 из них — были женщины с экстрагенитальным эндометриозом, прооперированные в ККБСМП им. М.А. Подгорбунского за 2017-2020 гг.

Средний возраст пациенток составил $36,9 \pm 14,3$ лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По локализации среди экстрагенитального эндометриоза установлено поражение передней брюшной стенки: послеоперационного рубца — 23 (76,6 %) случая, мягких тканей — 7 случаев (23,3 %).

При поступлении пациентки предъявляли жалобы на наличие объемного болезненного образования послеоперационного рубца в 27 (90 %) случаях, либо боли — в 30 (100 %) случаях, боли накануне и во время менструаций, различные по характеру и интенсивности — в 27 (95 %). В 2 (3,33 %) случаях пациентки отмечали появление кровяных выделений из рубца во время менструаций.

Экстрагенитальную патологию имели 24 (80 %) женщины, среди которых преобладала патология мочевыделительной системы — у 6 (25 %), варикоз нижних конечностей — у 6 (25 %), заболевания эндокринной системы — у 5 (20,8 %), гипертоническая болезнь — у 3 (12,5 %), поздняя мозжечковая атаксия — у 1 (4,1 %).

Из анамнеза жизни данных пациенток установлено, что все они были родоразрешены операцией кесарева сечения, в экстренном порядке — 20 (66,6 %) женщин, в плановом — 10 (33,4 %). Показанием для оперативного родоразрешения в экстренном порядке были тяжёлая преэклампсия — в 15 (50 %) случаях, повторное кесарево сечение — в 8 (26,6 %), отслойка нормально расположенной плаценты — в 3 (10 %), тазовое предлежание плода — в 2 (6,6 %), двойня — в 2 (6,6 %).

Послеоперационный период, со слов всех женщин, протекал без осложнений.

Сопутствующая гинекологическая патология в виде аномальных маточных кровотечений была у 5 (16,6 %) женщин, синдрома поликистозных яичников — у 5 (16,6 %), первичного бесплодия — у 4 (13,3 %), миомы тела матки — у 2 (6,6 %). Ранее гинекологические операции лапароскопическим доступом по поводу апоплексии яичника были у 6 (20 %) женщин, в ходе которых проводилась энуклеация кисты яичников, либо овариоэктомиа.

С целью контрацепции женщины использовали чаще комбинированные оральные контрацептивы 10 (33,3 %) женщин, реже ВМС — 2 (6,6 %).

Все пациентки обследованы амбулаторно и направлены на плановое оперативное лечение. По результатам УЗИ органов малого таза в структуре передней брюшной стенки в области послеоперационного рубца были обнаружены гипоехогенные образования размером до 2 см в 21 (70 %) случаях, от 2 до 3,5 см — в 9 (30 %). При проведении оперативного лечения послеоперационного рубца лапаротомным доступом по старому рубцу у женщин обнаруживался плотный инфильтрат, на разрезе которого была фиброзно-жировая ткань с множеством очагов по типу черных «глазков» и «ходов». Чаще инфильтрат ограничивался апоневрозом — у 27 (90 %) женщин, имел сращение с брюшиной — у 3 (10 %). В результате гистологического исследования во всех случаях был подтвержден диагноз экстрагенитального эндометриоза. Всем пациенткам при выписке даны рекомендации продолжить консервативное лечение эндометриоза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Попадание эндометриоидной ткани в любую послеоперационную рану с последующим приживлением частичек эндометрия может привести к развитию болезни. Наиболее часто бывают следующие локализации: разрез после кесарева сечения; рубец после эпизиотомии или перинеотомии; зашитые разрывы промежности; послеоперационные рубцы после вмешательств на прямой кишке или мочевом пузыре. В нашем случае все 30 пациенток, поступивших в гинекологический стационар, имели эндометриоз послеоперационного рубца или мягких тканей.

Причинами проникновения эндометриоидной ткани в область раны являются: несоблюдение техники операции; выполнение операции во время менструации; врожденные нарушения аутоиммунной защиты.

ВЫВОДЫ

Экстрагенитальный эндометриоз — достаточно редкая патология. Эндометриоз послеоперационного рубца и мягких тканей, несомненно, напрямую связан с оперативными вмешательствами, прежде всего, с оперативными родами.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Parazzini F, Esposito G, Tozzi L, Noli S, Bianchi S. Epidemiology of endometriosis and its comorbidities. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017; 209: 3-7. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2016.04.021
2. 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
3. Guideline N. Endometriosis: diagnosis and management. 2017.
4. Van den Bosch T, Van Schoubroeck D. Ultrasound diagnosis of endometriosis and adenomyosis: State of the art. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018; 51: 16-24. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2018.01.013
5. Noventa M, Saccardi C, Litta P, Vitagliano A, D'Antona D, Abdulrahim B, et al. Ultrasound techniques in the diagnosis of deep pelvic endometriosis: algorithm based on a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril.* 2015; 104(2): 366-383. e2. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2015.05.002
6. Barbieri R. L. Why are there delays in the diagnosis of endometriosis? *OBG OBG Manag.* 2017; 29(3): 8, 10-11.
7. Tomassetti 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
8. Anglesio MS, Yong PJ. Endometriosis-associated Ovarian Cancers. *Clin Obstet Gynecol.* 2017; 60(4): 711-727. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000320.
9. Clinical guidelines. Obstetrics and gynecology. 4th ed. /ed. VN Serova, GT Suchich. М.: GEOTAR-Media, 2014. 1024 p. Russian (Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. 4 е изд. /под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 1024 с.)
10. Clinical guidelines "Endometriosis". LLC "ROAG", 2020. 60 p. Russian (Клинические рекомендации «Эндометриоз». ООО «РОАГ», 2020. 60 с.)

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки.

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

Сведения об авторах:

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

E-mail: elginas.i@mail.ru

ЛАВРОВА Елизавета Владимировна, клинический ординатор, кафедры акушерства и гинекологии им. проф. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия.

E-mail: lavrova.liza_33@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

LAVROVA Elizaveta Vladimirovna, clinical resident, department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.

E-mail: lavrova.liza_33@mail.ru

Корреспонденцию адресовать: ЕЛГИНА Светлана Ивановна, 650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22 а, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, Тел: 8 (3842) 73-48-56, E-mail: elginas.i@mail.ru