

Случаи экстрагенитального эндометриоза

В. Г. Швайко, Н. М. Пасман, А. В. Гатилов

*ООО «Клиника профессора Пасман»,
Новосибирск, Россия
Новосибирский государственный
университет, Новосибирск, Россия*

В последние годы число заболевших эндометриозом неуклонно увеличивается: заболевание встречается у каждой десятой женщины. Из этого числа около 4 % составляют пациентки, у которых выявляется наружный генитальный эндометриоз. Вторая половина заболевших женщин имеет экстрагенитальный эндометриоз. 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.

Частота поражения кишечника эндометриозом составляет приблизительно 50 человек из 100. Чаще всего поражение слизистой кишечника локализовано в прямой и сигмовидной кишках. Эндометриоз толстой кишки является крайне тяжелым заболеванием, которое в 99 % клинических случаев при отсутствии необходимого лечения приводит к раку кишечника. Если у пациента диагностируется поражение кишечника эндометриозом, то это означает, что яичники и другие органы малого таза уже вовлечены в этот патологический процесс.

Такой диагноз, как «первичное поражение кишечника эндометриозом» ставится крайне редко. Причина этого явления – патологическое проникновение пораженного эндометрия в стенки тонкой кишки. К сожалению, специфических симптомов эндометриоза кишечника нет, внешние признаки очень обширны и не всегда относятся именно к эндометриозу кишечника. Больной может в течение длительного времени не обращаться к врачу, полагая, что у него обычное расстройство кишечника.

Мы наблюдали трех пациенток, страдавших эндометриозом кишечника. Особенно

стями течения заболевания являлись проявления в молодом возрасте; отягощенная наследственность (у родственников диагностированный и оперированный эндометриоз); случайное выявление эндометриоза кишечника; распространенность (поражение кишечника и брюшины, яичников). Во всех трех случаях пациентки страдали бесплодием, консервативное лечение было малоэффективно.

Клинические примеры:

Пациентка Т., 40 лет, эндометриоз кишечника выявлен впервые при проведении лапароскопии в 2014 г. по поводу первичного бесплодия (20.06.14). Далее направлена к хирургам в связи с высоким показателем СА 125 (250 ед.). Оперирована 20.07.15, выполнена лапаротомия, правосторонняя гемиколэктомия. После операции: диферелин 11,25 мг, далее принимала «Визанну» 3 мес. На фоне 6 месяцев медикаментозной аменореи отмечалось стабильное состояние, после возобновления менструации отмечено вновь ухудшение, по поводу прогрессирования процесса 09.08.16 вновь оперирована, произведен лапароскопический адгезиолизис, энуклеация эндометриоидной кисты яичника.

Пациентка М., 28 лет. Больна с 23 лет (отмечала нарушение овариально-менструального цикла по типу альгоменореи, появления мажущих выделений до и после менструации, кишечные расстройства, связанные с менструацией).

Впервые эндометриоз кишечника выявлен при диагностической лапароскопии в 2013 г., далее проводилось гормональное лечение КОК. В 2014 г. осуществлена хирургическая лапароскопия, энуклеация эндометриоидных кист яичников, рассечение спаек. На фоне регулярных болезненных менструаций выявлен инфильтрат в правой подвздошной области, проводилась дифференциальная диагностика в условиях стационара с острым аппендицитом.

В марте 2016 г. на фоне беременности (после ЭКО) резкое ухудшение состояния в связи с прогрессированием эндометриоза кишечника. Наблюдалась клиника острого живота, вновь госпитализирована в хирургический стационар с подозрением на острую кишечную непроходимость.

После самопроизвольного выкидыша малого срока (2–3 нед.) отмечено улучшение состояния, исчезновение болей. Назначены гестагены (диеногест 2 мг в сутки на 3 мес.)

для предоперационной подготовки и уменьшения размера образования. По данным МРТ малого таза, на границе нижнего и среднего этажа брюшной полости справа под прямой мышцей живота латерально определялся конгломерат размерами 68 × 30,5 × 56,5 см, состоящий из петель кишечника, рубцовой ткани и кистозных включений.

СА 125 в динамике составило: 122, 354, 315, 137, 238 ед. Была прооперирована совместно с хирургом 19.07.16, выполнена лапароскопически ассистированная резекция кишечника. Гистологический результат: эндометриоз толстой кишки, минимальный поверхностный колит.

После операции назначен препарат «Визанна» 2 мг на 3 мес. В ноябре при проведении УЗИ патологии малого таза не выявлено, визуализировалось 3–4 фолликула в левом и правом яичнике. Отмечала значительное улучшение состояния. Жалоб не предъявляла.

Заключение. Экстрагенитальный эндометриоз с поражением кишечника относится к серьезной хирургической патологии, успешное лечение которой требует междисциплинарного подхода и взаимодействия не только хирургов, но и гинекологов, гинекологов-эндокринологов. Комбинированное хирургическое лечение и гормональная терапия в длительном режиме позволяют добиваться стойкого регресса заболевания, нивелирования болевого синдрома и значительного улучшения качества жизни.