

Эндометриоз кожи

Снарская Е.С.

Кафедра кожных и венерических болезней (зав. – проф. В.А. Молочков) ИПО ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, 119991, г. Москва

Эндометриоз кожи представляет собой патологический процесс с доброкачественным разрастанием ткани, которая морфологически и функционально похожа на эндометрий. Эндометриоз развивается в тканях и органах женского организма в виде солитарных или множественных узловых образований, однако наиболее частой локализацией является область малого таза и половые органы. Эндометриоз кожи составляет от 0,42 до 4% по отношению ко всем вариантам эндометриоза. Развитие эндометриоза на коже и слизистых наружных гениталий объясняют гематогенным и, возможно, лимфогенным заносом клеток маточного эндометрия. Кроме сосудистой трансплантации маточного эндометрия возможен механический перенос, имплантация во время различных оперативных вмешательств (кесарева сечения, сальпингэктомии, аппендэктомии, лапаротомии, грыжесечения). Приведено описание наблюдения редкого случая эндометриоза кожи в виде эндометриоидных имплантов в зоне послеоперационного рубца, отсроченное на несколько лет.

Ключевые слова: эндометриоз кожи; эндометриоидная болезнь; классификация; гистологические варианты; диагностические особенности.

Для цитирования: *Российский журнал кожных и венерических болезней. 2015; 18 (1): 4-6*

CUTANEOUS ENDOMETRIOSIS

Snarskaya E.S.

I.M. Setchenov First Moscow State Medical University, 119991, Moscow, Russian Federation

Cutaneous endometriosis is a pathological process with benign growth of tissue, morphologically and functionally similar to the endometrium. Endometriosis develops in tissues and organs of females and is presented by solitary or multiple nodular formations; its most incident location are the pelvic region and the genitals. Cutaneous endometriosis is responsible for 0.42–4% of all endometriosis variants. The development of endometriosis in the skin and external genital mucosa is assumed to be caused by the hematogenous and presumably lymphogenic transport of the uterine endometrial cells. In addition to the vascular transplantation of the uterine endometrium, mechanical transfer is possible, as well as implantation during surgical interventions (cesarean section, salpingectomy, appendectomy, laparotomy, herniotomy). A clinical observation is presented.

Key words: *cutaneous endometriosis; endometriotic disease; classification; histological variants; diagnostic features.*

Citation: *Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney. 2015; 18 (1): 4-6*

Патологические изменения по типу «эндометриоза» были описаны еще в 1699 году до н.э. в Древнем Египте. В медицинской литературе первое описание этой патологии было дано Van Rokitanski (1860); термин же «эндометриоз» впервые был предложен в 1892 г. Blair Bell [1]. Эндометриоз (*син.*: эндометриоидная гетеротопия, эндометриома) представляет собой патологический воспалительный процесс с доброкачественной пролиферацией ткани, морфологически похожей на эндометрий [1–4]. С позиций современных представлений наиболее популярным и обоснованным считается применение

термина эндометриоидная болезнь, который дает представление о возможности развития системного характера патологии в тканях женского организма (**рис. 1**) [1]. Несмотря на существование большого количества классификаций эндометриоза, наиболее оптимальной принято считать классификацию А.И. Ищенко [4], учитывающую стадии и степень поражения тканей, лечебно-диагностическую тактику у каждого конкретного больного. Современная клиническая классификация включает несколько наиболее типичных вариантов эндометриоза [1], из которых самым распространенным вариантом является генитальный эндометриоз (внутренний, наружный, комбинированный), встречающийся почти в 94% случаев [1, 4]. Экстрагенитальный эндометриоз, поражающий внутренние органы и кожу (слепую кишку, мочевого пузыря, почки, область пупка, легкие, послеоперационные рубцы), встречается реже – до 8% всех случаев эндометриоза [1]. Наиболее частой локализацией экстрагенитального варианта эндоме-

Сведения об авторе:

Снарская Елена Сергеевна, доктор мед. наук, профессор (snarskaya-dok@mail.ru).

Corresponding author:

Snarskaya Elena, MD, PhD, DSc, prof. (snarskaya-dok@mail.ru)



Рис. 1. Классификация распространенных эндометриозных поражений.

триоза являются пупок и послеоперационный рубец на передней брюшной стенке и промежности [1, 4].

Развитие эндометриоза в зоне рубцовой ткани, как правило, следствие операций в области матки и яичников, когда существует вероятность прямой трансплантации клеток эндометрия [2].

Одним из редких вариантов экстрагенитального поражения эндометриозом является поражение кожи, которое встречается преимущественно в возрасте от 30 до 55 лет у 8–15% менструирующих женщин [1]. По данным литературы [1–4], эндометриоз кожи может составлять от 0,42 до 4% от всех вариантов экстрагенитального эндометриоза. Существует несколько теорий развития эндометриоза кожи: эмбриональная, метапластическая и эндометриальная [1, 2]. Некоторые ученые считают, что развитие эндометриоза в коже обусловлено заносом клеток маточного эндометрия гематогенным и, возможно, лимфогенным путем [4]. Кроме сосудистой трансплантации маточного эндометрия возможен механический перенос с последующей имплантацией во время операций по поводу удаления эндометриозных очагов из полости матки и яичников, кесарева сечения и сальпингэктомии, аппендэктомии, лапаротомии, грыжесечения. Согласно классификации J. Brosens (1993), выделяют три гистологических варианта эндометриоза [1]:

- *слизистый вариант*, представляющий собой эндометриозные кисты или поверхностные поражения яичников;

- *перитонеальный вариант*, характеризующийся активными очагами эндометриоза, который микроскопически может отличаться цветом пораженных тканей: красный цвет (железистые или пузырьковидные структуры, часто прорастающие в глубь тканей), черный цвет (складчатые структуры), белый (регрессирующие фиброзные структуры);

- *узловой вариант* в виде аденомы, локализуемой между гладкомышечными волокнами и фиброзной тканью.

Эндометриозные гетеротопии могут проникать в различные ткани и органы благодаря способности к диссеминации через кровеносные и лимфатические сосуды с последующей инфильтрацией тканей в результате разрастания их стромального компонента. Гистологическая диагностика эндометриоза основывается на выявлении цилиндрического эпителия и подлежащей стромы, имеющих сходство с подобными составляющими слизистой оболочки матки [2]. Дифференциальный диагноз проводят с пиогенной гранулемой, папилломами, ангиомами, аденокарциномой, дерматофибромой [3].

Клиническая картина эндометриоза кожи характеризуется преимущественно дольчатыми очагами буровато-коричневого цвета в виде узлов разного размера (от 1 до 5 см) с пролиферативным характером роста, в которых могут наблюдаться циклические изменения, связанные с подобными процессами слизистой оболочки матки. За 3–5 дней до наступления менструации в области образования могут появляться боли; отмечается его увеличение в объеме и уплотнение. Во время менструации эти явления могут усиливаться, а на поверхности очага появляться кровавистые выделения. По окончании менструации все явления регрессируют [1].

Диагноз эндометриоза кожи устанавливают на основании осмотра и данных гистологического исследования. Основным методом лечения является хирургическое иссечение всех эндометриозных участков в пределах здоровых тканей [1, 4].

Представляем наблюдение клинического случая эндометриоза.

Больная П., 45 лет, обратилась в Московский областной кожно-венерологический диспансер (МОКВД) с жалобами на наличие болезненных образований на коже живота, разлитые боли в области малого таза.

Из анамнеза. Считает себя больной в течение 2 лет, когда через несколько месяцев после оперативного лечения по поводу эндометриоза матки и обоих яичников (матка и яичники были удалены), отметила появление небольших узелков в зоне послеоперационного шва. В течение последующих нескольких месяцев отмечала постепенное увеличение количества и размера узелков и появление болевых ощущений. При обращении к хирургу поставлен диагноз воспа-



Рис. 2. Большая Н. Эндометриоз кожи в зоне послеоперационного рубца.

ления послеоперационного шва и назначена противовоспалительная антибактериальная системная и наружная терапия. После проведенной терапии больная отметила кратковременное улучшение, однако в течение последующих месяцев рост образований продолжился и некоторые из них эволюционировали в обширные язвенные кровоточащие дефекты (рис. 2).

Локальный статус. Процесс носит ограниченный характер, локализуется в области послеоперационного рубца на коже живота в нижней его трети. Представляет собой большой эрозивно-язвенный очаг красно-бурого цвета неправильной формы с четкими валикообразными краями размером 18 x 15 см, окруженный выраженным гиперемизированным приподнятым валом. Поверхность в пределах очага коричневатого-красного цвета, влажная, блестящая, местами покрыта серозно-гнойным налетом серого цвета и бурыми корками. В пределах очага на протяжении всего рубца отмечены множественные узелки и узлы розово-красного цвета округлой формы диаметром от 0,5 до 1 см. Поверхность образования неровная, бугристая, плотноэластическая. По периферии отмечены единичные очаги отсева в виде отдельных узелков красноватого цвета, округлой формы с четкими границами. Периферические лимфатические узлы (паховые) увеличены до размера лесного ореха, умеренно болезненны при пальпации. Общеклинические лабораторные исследования (общий анализ крови, биохимическое исследование крови, общий анализ мочи) в пределах физиологической нормы.

Ультразвуковое трансвагинальное исследование (УЗИ): эхографические признаки нормальной структуры культи тела матки и признаки наличия небольшого количества жидкости в малом тазу.

Из очага патологии взят биоптат для гистоморфологического исследования.

Заключение патогистологического исследования кожи: в глубоких слоях дермы определяются структуры ячеистого строения в виде участков пролиферации железистого эпителия с образованием большого количества мелких кистозных образований, заполненных геморрагическим содержимым. Выражен полиморфизм железистого компонента. Строма образования выражена, атипичных клеток нет. Картина соответствует эндометриозу кожи (рис. 3).

На основании полученных данных диагностирован эндометриоз кожи. Больную направили на хирургическое лечение.

Кроме относительной редкости данной патологии и отсутствия в отечественной и доступной зару-

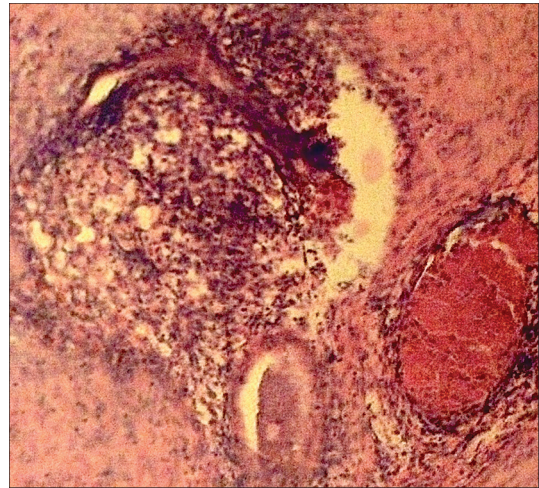


Рис. 3. Гистологическая картина эндометриоза кожи. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 100.

бежной дерматологической литературе публикаций такого рода наблюдений, интерес представленного наблюдения эндометриоза кожи состоит в развитии эндометриоидных имплантов в зоне послеоперационного рубца, отсроченное на несколько лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н. *Эндометриозы*. М.: Медицина; 2006: 8-18.
2. Вихляева Е.М., Железнов Б.И. *Эндометриоз. Руководство по эндокринной гинекологии*. М.: Медицинское информационное агентство; 2000: 487-571.
3. Железнов Б.И. Морфологические аспекты эндометриоза. *Акушерство и гинекология*. 1980; 10: 17-23.
4. Ищенко А.И., Кудрина Е.А. *Эндометриоз. Диагностика и лечение*. М.; ГЭОТАР-Медиа; 2002: 12-20.

Поступила 17.12.14

REFERENCES

1. Adamyan L.V., Kulakov V.I., Andreeva E.N. *Endometriosis*. Moscow: Medicina; 2006: 8-18.
2. Vikhlyaeva E.M., Zheleznov B.I. *Endometriosis. Guide endocrine gynecology*. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo; 2000: 487-571.
3. Zheleznov B.I. Morphological aspects of endometriosis. *Akusherstvo i ginekologiya*. 1980; 10: 17-23.
4. Ischenko A.I., Kudrina E.A. *Endometriosis. Diagnosis and treatment*. Moscow: GEOTAR-Media; 2002: 12-20.

Received 17.12.14