

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

© Трушин С.Н., Белякова К.В., 2013

**ЭНДОМЕТРИОЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА
(КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**

С.Н. ТРУШИН, К.В. БЕЛЯКОВА

ГБОУ ВПО "Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова" Министерства здравоохранения Российской Федерации

ENDOMETRIOSIS OF A POSTOPERATIVE SCAR (CLINICAL CASE)

S.N. TRUSHIN, K.V. BELYAKOVA

Ryazan State Medical University

Описано клиническое наблюдение успешного хирургического лечение эндометриоза послеоперационного рубца

Ключевые слова: эндометриоз, послеоперационный рубец.

Clinical case of a successful surgical treatment of a postoperative scar endometriosis is described.

Keywords: endometriosis, postoperativescar.

В настоящее время под эндометриозом понимают разрастание тканей в виде солитарных или множественных узлов, по морфологическому строению и функциональным свойствам напоминающим эндометрий.

В основном эта патология встречается в возрасте от 30 до 55 лет.

По данным разных авторов, частота эндометриоза колеблется от 5-70%, занимая 3-е место в структуре гинекологической заболеваемости после воспалительных заболеваний и миомы матки. В 92-94% случаев отмечается генитальный эндометриоз. Одной из наиболее редких и малоизученных

локализаций, является эндометриоз послеоперационного рубца (ЭПР), составляя от 0,42 до 4,0% по отношению ко всем эндометриозам [1, 2, 3].

Предоперационная диагностика ЭПР часто вызывает затруднения. Дифференциальная диагностика проводится между послеоперационными грыжами, лигатурными абцессами, гематомами. Нередко диагноз устанавливается уже интраоперационно или на основании гистологического заключения. Каждый случай ЭПР представляет собой интерес для рассмотрения. В данной статье приведено клиническое наблюдение предоперационной диагностики и лечения ЭПР.

Пациентка А., 24 лет, поступила в хирургический стационар для планового оперативного лечения. Обследована и направлена хирургом из поликлиники с диагнозом: послеоперационная вентральная грыжа. Из анамнеза: в течение 2 лет ее беспокоили постоянные тянущие боли и пальпируемое уплотнение в области рубца после операции кесарево сечения. Последний год боли усилились, образование увеличилось в размерах. При подробном расспросе удалось выяснить, что болевой синдром осо-

бенно усиливался перед менструациями.

При осмотре: в левой подвздошной области, в проекции послеоперационного рубца по Пфанненштилю пальпируется плотная, практически безболезненная, несмещаемая опухоль, без четких контуров, размером 4×4 см.

Выполнено УЗИ – в мягких тканях передней брюшной стенки в левой подвздошной области в проекции послеоперационного рубца определяется гипоэхогенная структура 40×36×24 мм., васкуляризирована. Дефектов апоневроза по ходу послеоперационного рубца не выявлено.

Поставлен диагноз: эндометриоз послеоперационного рубца. Пациентка консультирована гинекологом. Рекомендовано оперативное лечение.

Хирургом выполнена операция. Интраоперационно: эндометриоидный узел прорастает апоневроз прямой мышцы живота и частично апоневроз наружной косой мышцы живота. Выполнено иссечение эндометриоидного очага передней брюшной стенки, с пластикой образовавшегося дефекта апоневроза местными тканями. Послеоперационный период протекал без осложнений, швы сняты на 8-сутки – заживление первичным натяжением.

Патологоанатомический диагноз – очаговый эндометриоз передней брюшной стенки.

В послеоперационном периоде, согласно рекомендациям гинеколога назначено лечение низкодозированным монофазным оральным контрацептивом Жанин (Bayer Schering Pharma) на 6 месяцев.

Пациентка выписана для амбулаторного долечивания под наблюдение гинеколога. Лечение переносила хорошо, побочных эффектов не отмечала. Через шесть месяцев после операции состояние пациентки удовлетворительное, боли внизу живота не беспокоят, менструальный цикл не нарушен. Пальпаторно и на контрольном УЗИ рецидивных очагов не выявлено.

Выводы

Своевременная предоперационная диагностика ЭПР зачастую вызывает затруднения. Большую роль для

дифференциальной диагностики имеет УЗИ передней брюшной стенки, а также связь клинических симптомов с менструальным циклом.

Современный подход к лечению больных эндометриозом заключается в сочетании хирургического метода и гормон модулирующей терапии. Именно данное сочетание позволяет достоверно предупредить развитие рецидивов заболевания.

Литература

1. Адамян Л.В. Эндометриозы: руководство для врачей / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, Е.Н. Андреева. – 2-е изд. – М., 2006.
2. Ищенко А.И. Эндометриоз: диагностика и лечение / А.И. Ищенко, Е.А. Кудрина. – М., 2002.
3. Сидорова И.С. Новый взгляд на природу эндометриоза (аденомиоза) / И.С. Сидорова // Акушерство и гинекология. – 2002. – №3. – С. 32-38.

Белякова Кира Валерьевна – аспирант кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.

E-mail: root@ryazgmu.ryazan.ru.