



СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

К.А. КОРЕЙБА, И.Р. ФАТИХОВ, А.А. РЫЗВАНОВ, С.С. ФЕДОТОВ

618.1

Казанский государственный медицинский университет
Городская клиническая больница №5 г. Казани
Городская поликлиника №2 г. Казани

Экстрагенитальный эндометриоз на фоне послеоперационной вентральной грыжи (клинический случай)

Корейба Константин Александрович

кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии
420095, г. Казань, ул. Ш. Усманова, д. 33, кв. 51, тел.: (843) 278-95-33

Приводится описание случая экстрагенитального эндометриоза передней брюшной стенки в сочетании с наличием свища передней брюшной стенки и послеоперационной вентральной грыжи.

Ключевые слова: экстрагенитальный эндометриоз, вентральная грыжа, свищ передней брюшной стенки.

K.A. KOREYBA, I.R. FATIHOV, A.A. RYZVANOV, S.S. FEDOTOV

Kazan State Medical University,
Municipal Clinical Hospital № 5, Kazan
Municipal outpatients clinic № 2, Kazan

Extragenital endometriosis on the background of postoperative ventral hernia (clinical case)

Description of the case of extragenital endometriosis of abdominal wall combined with the presence of fistula of abdominal wall and postoperative ventral hernia was presented.

Keywords: extragenital endometriosis, ventral hernia, fistula of abdominal wall.

Эндометриоз — это заболевание, связанное с возникновением очагов ткани, сходной по своей структуре с эндометрием (эндометрий — клеточный слой, выстилающий полость матки), за пределами слизистой оболочки полости матки. Структура этих очагов характеризуется наличием эпителиальных и стромальных элементов, присущих эндометрию. Под влиянием половых гормонов яичника такая ткань подвергается изменениям, сходным с циклическими изменениями эндометрия соответственно фазам менструального цикла.

Эндометриоз является одним из наиболее распространенных заболеваний органов репродуктивной системы у женщин 20-40 лет. Эндометриоз встречается у 6-44% женщин, страдающих бесплодием и перенесших лапароскопию и лапаротомию. Основную часть составляет генитальный эндометриоз

(92-94%), значительно реже встречается экстрагенитальный (6-8%). Однако независимо от локализации эндометриоз является не местным, а общим заболеванием с определенными нейроэндокринными нарушениями.

Теории происхождения и развития эндометриоза.

Имплантационная теория.

Жизнеспособные элементы эндометрия заносятся в другие ткани половых органов, приживаются на новом месте, образуя эндометриоидную гетеротопию.

Теория эмбрионального происхождения.

Метапластическая теория.

Единая теория гистогенеза наружного и внутреннего эндометриоза.

В соответствии с локализацией процесса выделяют:

Эндометриоз генитальный		Экстрагенитальный эндометриоз
Внутренний эндометриоз	Наружный эндометриоз	
1) тела матки (аденомиоз) 2) перешейка 3) шейки матки 4) яичника (эндометриоидные кисты)	1) маточных труб 2) яичников 3) крестцово-маточных связок 4) широких маточных связок 5) брюшины маточно-прямокишечного углубления	1) мочевого пузыря 2) кишечника 3) послеоперационного рубца на 4) передней брюшной стенке 5) почек 6) легких 7) конъюнктивы 8) слизистой полости носа другие локализации

Теория мультифакториальной наследственности.

Предрасполагающие факторы:

- 1) высокий индекс перенесенных инфекционных заболеваний бактериальной и вирусной этиологии, особенно в детском и пубертатном возрасте;
- 2) расстройства менструальной функции в пубертатном периоде;
- 3) осложненные роды, кесарево сечение, аборт;
- 4) стрессовые ситуации;
- 5) диатермокоагуляция шейки матки, которая часто используется для лечения эрозий.

Приводим наш клинический случай осложненного течения экстрагенитального эндометриоза.

Больная Ш., 1982 года рождения, поступила в отделение гнойно-септической хирургии ГКБ №5 г. Казани 14.09.09 г. по направлению поликлиники №2 с диагнозом: лигатурный свищ передней брюшной стенки на фоне послеоперационной вентральной грыжи.

Жалобы при поступлении: наличие опухолевидного образования в надлонной области, сопровождающегося болевым синдромом, усиление которого происходит во время физической нагрузки, *menstris* и иногда посредине между месячными, образование постепенно увеличивается в течение последних 2 лет; наличие точечного дефекта кожных покровов над опухолевидным образованием с умеренным отделяемым белесоватого цвета, которое возникло спонтанно примерно 1 месяц назад; периодические подъемы температуры тела до 37,8°C в течение 2-3 недель; слабость; отсутствие аппетита.

Из анамнеза: беременностей — 1, кесарево сечение — 1 (2006 год), опухолевидное образование появилось через 1 год после операции и постепенно увеличивалось в размерах, болевой синдром появился сразу же после операции кесарево сечение. Неоднократно лечилась амбулаторно — физиотерапия, обезболивающие препараты, ношение бандажа; наблюдалась у гинеколога по месту жительства.

При поступлении: кожные покровы бледно-розовые, в гипогастриальной области по срединной линии живота на 5 см выше верхнего края лонного сочленения определяется опухолевидное образование 3х5 см неподвижное, плотноэластической консистенции, болезненное при пальпации, невраемое в брюшную полость, с неровными бугристыми контурами. Ниже и правее образования, непосредственно прилегая к нему, определяется пальпаторно дефект апоневроза передней брюшной стенки; выше и левее данный дефект сливается с образованием и пальпаторно не определяется. Кожа над опухолевидным образованием незначительно гиперемирована, отека тканей не наблюдается, имеется свищевой дефект 0,1х0,3 см с ходом глубиной до 2 см слепо, заканчивающимся в тканях передней брюшной стенки с незначительным серозно-фибринозным отделяемым.

Анализ крови: Hb — 124 г/л, L — 8,6 × 10⁹/л; п — 85%, с — 60%, э — 2%, м — 5%, лимф. — 25%, СОЭ — 11 мм/л. Мочевина крови — 5,8 мм/л, общий белок — 70 г/л, билирубин — 14,0 мкм/л, сахар крови — 4,5 ммоль/л.

Анализ мочи: уд. вес — 1017, белок — отр.; лейкоц. — ед./в поле зрения, эп. плоский — 1-2-3 в поле зрения, эритроц. — 1-3 в поле зрения. Учитывая данные анамнеза и объективные данные, выставлен диагноз: лигатурный свищ передней брюшной стенки на фоне вентральной послеоперационной грыжи. Предложено оперативное лечение.

Операция: иссечение свищевого хода. Иссечение опухолевидного образования. Термино-терминальная пластика грыжевого дефекта. Дренирование.

Под перидуральной анестезией произведено контрастирование свищевого хода раствором бриллиантового зеленого спиртовым 1% + раствором перекиси водорода 3% в соотношении 1:1. Иссечение хода в пределах здоровых тканей. Ход заканчивается слепо в массиве опухолевидного образования. Само образование бугристое, плотное, бледно-серого цвета 4х5 см, не имеет исхождений и связи с предбрюшинной жировой клетчаткой и тканями апоневроза, хотя интимно предлежит к последним. Произведено иссечение данного образования в пределах здоровых тканей. Санация полости. Термино-терминальная пластика дефекта апоневроза узловыми вертикальными капроновыми швами. Дренирование подкожной жировой клетчатки. Швы на кожу. Асептическая повязка.

Макропрепарат отправлен на гистологическое исследование с направительным диагнозом: воспалительная опухоль жировой клетчатки с явлениями инкапсуляции и перерождения на фоне свища передней брюшной стенки и послеоперационной вентральной грыжи.

Патогистологический диагноз (от 16.09.09): экстрагенитальный эндометриоз передней брюшной стенки.

В послеоперационном периоде получала: антибиотики, НПВС, антигистаминные препараты. Консультирована гинекологом, терапевтом. Течение послеоперационного периода в стационаре без осложнений. Дренаж удален на 2-е сутки. Швы сняты на 9-е сутки. Заживление первичным натяжением. Больная выписана на 11-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Рекомендовано наблюдение: хирурга по месту жительства, гинеколога, эндокринолога.

Данную ситуацию требовательно рассматривать как:

- контактный занос очага эндометриоза вследствие перенесенной операции кесарево сечение,
- сочетанное течение двух патологий — послеоперационной вентральной грыжи, экстрагенитального эндометриоза с наличием свища передней брюшной стенки, что взаимно усугублялось и осложняло течение друг друга.

Описанный клинический случай имеет несомненный интерес для практических врачей с целью настороженности по симульному течению данных нозологических форм.