

ЕНДОМЕТРІОЗ ТОНКОЇ КИШКИ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

(м. Івано-Франківськ) *Центральна районна лікарня (м. Тлумач)

Робота виконана в рамках науково-дослідної роботи ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» «Перебіг та лікування захворювань шлунково-кишкового тракту в умовах впливу модифікуючих чинників та поєднаної патології» (№ держреєстрації 0108U003987)

Вступ. Ендометріоз займає третє місце серед захворювань жіночої статеві системи після запальних процесів придатків матки і міом/фіброміом матки. Зустрічається близько у 3% жінок [3]. Ендометріоз має ряд ознак, якими відрізняється від інших хвороб: циклічність, подібна до регулярності оваріоменструального циклу; відсутність у вогнищі сполучнотканинної капсули; схильність до інфільтруючого росту, пов'язаного з ферментативною активністю ендометріодних вогнищ. Експериментальні роботи показали, що оваріальні гормони не завжди викликають ріст ендометріодних імплантів. Ендометріоз нерідко продовжує прогресувати в частини хворих у постменопаузі. Добре відомі випадки сімейного ендометріозу, аналіз яких показав, що схильність до нього передається за домінантним типом по жіночій лінії [1, 7]. Відповідно до локалізації патологічного процесу виділяють генітальний ендометріоз (92-94%): внутрішній (70%) – ендометріоз матки (аденоміоз), зовнішній (30%) – ендометріоз яєчників, маткових труб, ретроцервікальний ендометріоз, ендометріоз піхви та промежини, шийки матки; екстрагенітальний ендометріоз (6-8%) – ендометріоз тонкої, товстої кишки, червоподібного відростка, сечового міхура, нирок, легень, очей та інших органів [6].

Скарги хворих на ендометріоз кишечника обумовлені циклічними змінами ектопічного ендометрію, залежать від глибини ураження стінки кишки та локалізації ендометріозу на протязі кишечника [8].

При поверхневому ендометріозі, який захоплює серозну та зовнішні відділи м'язової оболонки, пацієнтки скаржаться на тупі ниючі болі в животі, які супроводжуються нудотою. Болі з'являються напередодні та під час менструацій і можуть мати розлитий характер без визначеної локалізації (при ураженні тонкої кишки до втрати її рухомості) або бути зосередженими в певному місці. Так, при ураженні прямої кишки біль локалізується в ній і в глибині тазу, при ендометріозі сигмовидної кишки – в нижньому відділі живота зліва. Болі можуть супроводжуватися підвищенням моторики кишечника, рідше – проносом

або метеоризмом. На цій стадії захворювання ендометріоз до операції або не діагностується, або виявляється випадково під час лапаротомії за іншими показаннями. Широке застосування лапароскопії покращило діагностику початкової стадії ендометріозу [3].

При вродженні ендометріозу більш глибоко у м'язову оболонку та слизову оболонку кишки посилюється біль у животі, з'являються закрепи, затримка відходження газів, здуття живота та інші ознаки стенозування кишки. По закінченні менструації вказані явища поступово зникають. Однак прогресування захворювання призводить до посилення вираженості симптомів звуження просвіту кишки [3]. Проростання ендометріозом всієї товщі стінки кишки спричиняє появу слизу і крові в калових масах. Кал стає смужкоподібним, посилюються закрепи, потім виділяється лише слиз з кров'ю з прямої кишки. Все це супроводжується тенезмами та болем. Можуть бути проноси з кров'ю. Колір виділеної з прямої кишки крові залежить від локалізації ураження. При ендометріозі товстої кишки кров яскраво-червона, тонкої – темна [2].

На цій стадії захворювання виникає необхідність диференціювання ендометріозу від пухлин кишечника та дизентерії. Диференційний діагноз ендометріозу кишки та дизентерії зазвичай не викликає труднощів, а відрізнити ендометріоз від пухлини кишечника важче. Інколи, навіть комплексне дослідження, яке включає в себе ультразвукове дослідження, комп'ютерну томографію, ендоскопічне та біопсійне дослідження, не дозволяє верифікувати правильний діагноз [6]. Надзвичайно рідко ендометріоз викликає труднощі в діагностиці навіть під час операції [5].

Тому **метою** даної роботи було проведення клініко-морфологічного аналізу випадку ендометріозу тонкої кишки у хірургічній клініці.

Об'єктом дослідження став випадок ендометріозу тонкої кишки.

Методи дослідження – аналіз медичної карти стаціонарного хворого хірургічного відділення, патогістологічне дослідження оперативного видаленого сегмента тонкої кишки із забарвленням гістозрізів гематоксиліном і еозином.

Результати досліджень та їх обговорення. Жінка, 44 роки, поступила в хірургічне відділення зі скаргами на переймоподібний біль у мезогастрії,

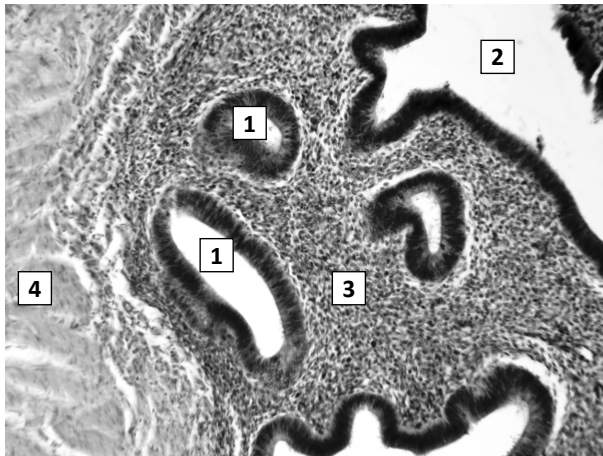


Рис. 1. Ендометріоз серозної оболонки тонкої кишки з поширенням у м'язову оболонку. Гематоксилін і еозин, x200. 1 – ендометріальні залози проліферативного типу, 2 – кистозно розширена ендометріальна залоза, 3 – ендометріальна строма, 4 – м'язова оболонка тонкої кишки.

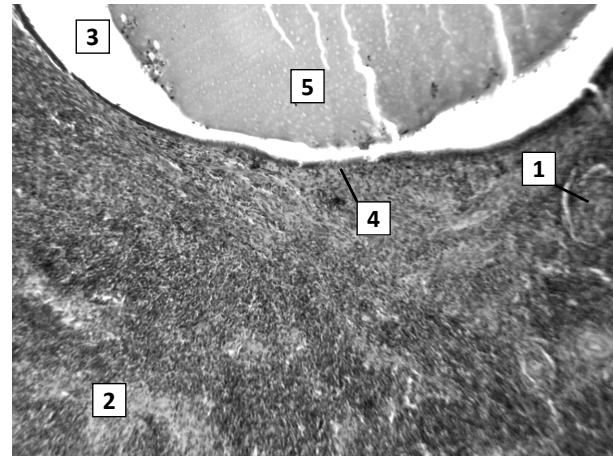


Рис. 2. Ендометріоз брижового лімфатичного вузла. Гематоксилін і еозин, x100. 1 – лімфоїдний фолікул, 2 – синусовий гістіоцитоз, 3 – кистозно розширена ендометріальна залоза, яка вистелена епітелієм (4) і заповнена секретом (5).

нудоту, блювання, затримку відходження газів, пронос, який змінився закрепом, загальну слабкість.

Вважала себе хворою близько 2 тижнів. Початок захворювання поступовий. Півтора роки тому знаходилась на лікуванні в хірургічному відділенні з приводу хронічного гастриту в стадії загострення, реактивного панкреатиту.

Об'єктивно: загальний стан хворої задовільний. Свідомість ясна. Шкіра та видимі слизові оболонки блідорожеві. Язик вологий. Периферичні лімфовузли не збільшені. У легенях дихання везикулярне, з частотою 18 дих. рухів/хв. Тони серця ритмічні, пульс 78 уд./хв, АТ – 130/80 мм рт. ст. Живіт правильної форми, приймає участь в акті дихання, пальпаторно піддутий, болючий при пальпації по ходу товстої кишки. Симптоми подразнення очеревини від'ємні. При аускультатії перистальтика послаблена. Перкуторно над животом визначається тимпаніт. Печінка та селезінка не збільшені. Симптом Пастернацького негативний з обох боків.

За даними УЗД органів черевної порожнини, петлі кишечника значно поширені, перистальтика не візуалізується, між петлями невелика кількість вільної рідини. При оглядовій рентгенографії органів черевної порожнини виявлені множинні горизонтальні рівні рідини на всьому протязі з роздутими над ними петлями кишечника. Рентгеноскопічно – тонкокишкова непрохідність із відсутністю контрасту в товстій кишці.

За даними обстеження, було поставлено клінічний діагноз раку дистального відділу тонкої кишки з явищами гострої кишкової непрохідності.

Хворій проведено операцію: «Лапаротомія. Резекція тонкої кишки з накладанням ілеотрансверзоанастомозу за типом «бік у бік». Видалення великого сальника. Інтубація тонкої кишки. Санація кишечника і черевної порожнини. Дренування черевної порожнини».

Патогістологічно у серозній оболонці тонкої кишки в ділянці пухлиноподібного процесу візуалізується розростання ендометріюїдної тканини у вигляді ендометральних залоз проліферативного типу й ендометріальної строми (**рис. 1**). Вогнищево ендометріюїдна тканина спостерігається в м'язовій оболонці кишки з кистозним розширенням окремих залоз. Слизова оболонка кишки з ознаками дифузного хронічного запалення. Сальник без патологічних змін. Лімфатичні вузли брижі кишки з ознаками реактивної фолікулярної гіперплазії з синусовим гістіоцитозом. В одному з лімфатичних вузлів візуалізується кистозно розширена ендометріальна залоза (**рис. 2**).

Вогнища ендометріозу мають здатність доброякісно проникати в нормальну тканину органа та іноді, проростаючи всередину, досягати кровоносних і лімфатичних судин для наступної генералізації захворювання – перенесення ендометріюїдних клітин в інші органи та тканини, що спостерігається у наведеному клінічному випадку під час гістологічного дослідження брижового лімфатичного вузла. Це, мабуть, єдине доброякісне утворення, що має таку здатність [4, 7].

Висновок. Екстрагенітальний ендометріоз тонкої кишки може симулювати картину пухлини відповідного відділу кишечника, що потребує оперативного втручання, викликає труднощі у діагностиці навіть під час операції, проявляє ознаки інфільтруючого росту, який пов'язаний із ферментативною активністю ендометріюїдних вогнищ, та може «метастазувати» в регіональні лімфатичні вузли.

Перспективи подальших досліджень. Провести клініко-морфологічний аналіз усіх випадків екстрагенітального ендометріозу в хірургічній і гінекологічній клініках.

Література

1. Адамян Л. В. Эндометриозы / Л. В. Адамян, В. И. Кулаков. – М. : Медицина, 1998. – 317 с.
2. Адамян Л. В. Эндометриозы : Руководство для врачей / Адамян Л. В., Кулаков В. И., Андреева Е. Н. – М. : ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 416 с.
3. Аксененко В. А. Эндометриоз – заболевание современных женщин / В. А. Аксененко // Здоровье женщины. – 2009. – №10. – С. 56-58.
4. Ендометріоз як можлива причина шлунково-кишкової кровотечі у дівчаток-підлітків (клінічний випадок) / В. С. Березенко, Т. Ф. Татарчук, М. Ф. Денисова [та ін.] // Перинатология и педиатрия. – 2008. – №3. – С. 131-134.
5. Эндометриоз: [учебное пособие] / В. Е. Радзинский, А. И. Гус, С. М. Семятов, А. Б. Бутарева. – М. : Изд-во РУДН, 2002. – 49 с.
6. Каленська О. В. Ендометріоз: етіологія, патогенез, класифікації, морфологічна характеристика / О. В. Каленська, О. Г. Курик // Архів клінічної медицини. – 2008. – №2. – С. 8-16.
7. Кравчук І. І. Проблеми дослідження етіології і патогенезу ендометріозу / І. І. Кравчук // Нова медицина. – 2004. – №2. – С. 49-51.
8. Yantiss R. K. Endometriosis of the intestinal tract: a study of 44 cases of a disease that may cause diverse challenges in clinical and pathologic evaluation / R. K. Yantiss, P. B. Clement, R. H. Young // Am. J. Surg. Pathol. – 2001. Vol. 25 (4). – P. 445-454.

УДК 611. 664+616-007. 41+611. 341+616-091

ЕНДОМЕТРИОЗ ТОНКОЇ КИШКИ

Багрий М. М., Волошин М. М., Гевка О. І., Тхоровська І. М., Ніколенко А. В.

Резюме. Ендометріоз займає третє місце серед захворювань жіночої статеві системи після запальних процесів придатків матки і міом/фіброміом матки. Екстрагенітальний ендометріоз складає 6-8% усіх випадків ендометріозу. Скарги хворих на ендометріоз кишечника обумовлені циклічними змінами ектопічного ендометрію, залежать від глибини ураження стінки кишки та локалізації ендометріозу на протяжності кишечника. Метою даної роботи є проведення клініко-морфологічного аналізу випадку ендометріозу тонкої кишки у жінки 44 років, яка перебувала на лікуванні у хірургічній клініці. Встановлено, що екстрагенітальний ендометріоз тонкої кишки може симулювати картину пухлини відповідного відділу кишечника, що потребує оперативного втручання, викликає труднощі у діагностиці навіть під час операції, проявляє ознаки інфільтруючого росту, який пов'язаний із ферментативною активністю ендометріодних вогнищ, та може «метастазувати» в регіональні лімфатичні вузли.

Ключові слова: ендометріоз, ектопічний ендометрій, тонка кишка.

УДК 611. 664+616-007. 41+611. 341+616-091

ЕНДОМЕТРИОЗ ТОНКОЙ КИШКИ

Багрий Н. Н., Волошин М. М., Гевка О. И., Тхоровская И. Н., Николенко А. В.

Резюме. Эндометриоз занимает третье место среди заболеваний женской половой системы после воспалительных процессов придатков матки и миом/фибромиом матки. Экстрагенитальный эндометриоз составляет 6-8% всех случаев эндометриоза. Жалобы больных эндометриозом кишечника обусловлены циклическими изменениями эктопического эндометрия, зависят от глубины поражения стенки кишки и локализации эндометриоза на протяжении кишечника. Целью данной работы является проведение клинико-морфологического анализа случая эндометриоза тонкой кишки у женщины 44 лет, которая находилась на лечении в хирургической клинике. Установлено, что экстрагенитальный эндометриоз тонкой кишки может симулировать картину опухоли соответствующего отдела кишечника, что требует оперативного вмешательства, вызывает трудности в диагностике даже во время операции, проявляет признаки инфильтрирующего роста, который связан с ферментативной активностью эндометриоидных очагов, и может «метастазировать» в региональные лимфатические узлы.

Ключевые слова: эндометриоз, эктопический эндометрий, тонкая кишка.

UDC 611. 664+616-007. 41+611. 341+616-091

Endometriosis of the Small Intestine

Bagriy M. M., Voloshyn M. M., Gevka O. I., Thorovska I. M., Nicolenko A. V.

Summary. Endometriosis is ranked third among the diseases of the female reproductive system after the inflammation of uterine appendages and the uterine fibroids. It occurs in about 3% of women. Endometriosis has a number of features that are different from other illnesses: cyclic regularity like ovarian and menstrual cycles; lack of connective tissue capsule; tendency to infiltrative growth associated with the enzymatic activity of endometriotic lesions.

Complaints of the patients with intestinal endometriosis due to the cyclical changes in ectopic endometrial lesions. They depend on damage depth of the bowel wall and localization of endometriosis within the intestine.

The aim of this work is to conduct clinical and morphological analysis of the case of endometriosis of the small intestine in the surgical clinic.

Results and discussion. Female, 44 years old, was admitted to the surgical department with complaints of pain in mesogaster, nausea, vomiting, delayed discharge of gas, diarrhea, that has changed to constipation, general weakness. Considered herself sick about 2 weeks. Gradual onset. Eighteen months ago, was on treatment in the surgical department with the chronic gastritis in acute phase, with reactive pancreatitis.

Objective: Belly with correct form is involved in breathing, bloated, palpation occurs pain along the colon. Symptoms of peritoneal irritation are negative. Auscultation peristalsis weakened. Percussion of the stomach is determined tympanitis.

According to abdominal ultrasound procedure, bowel loops are dilated, peristalsis is not visualized and there is a small amount of free fluid between the loops Plain radiography of the abdomen revealed multiple horizontal fluid levels throughout the intestine with bloated loops over them. Radioscopy conclusion – intestinal obstruction with the lack of contrast in the colon.

According to the up described data, there was clinical diagnosis formulated: cancer of the distal small bowel with symptoms of acute intestinal obstruction.

The patient underwent surgery: «Laparotomy. Resection of the small intestine with ileo-transverse anastomosis side to side. Removal of the greater omentum. Intubation of the small intestine. Remediation of the intestine and abdominal cavity. Drainage of the abdominal cavity».

Histopathological examination showed growth of endometrial tissue in serosa of the small intestine in the area of tumor proliferation process. It was visualised as endometrial proliferative-type glands and endometrial stroma. Focal endometrial tissue was observed in muscular coat of the intestine with cystic enlargement of separate glands. Mucosa of the intestine was with signs of diffuse chronic inflammation. Greater omentum was without pathological changes. Mesenteric lymph nodes were with signs of reactive follicular hyperplasia with sinus histiocytosis. In one of the lymph nodes we found endometrial gland with cystic dilatation.

Conclusion. Extragenital endometriosis of the small intestine may simulate the picture of the tumor, that requires surgery, causes difficulty in diagnosis even during surgery, showing signs of infiltrative growth, which is associated with the enzymatic activity of endometriotic lesions, and can «metastasize» in the regional lymph nodes. According to the literature, it is perhaps the only benign formation that has the ability of invasive growth and «metastasis».

Key words: endometriosis, ectopic endometrium, small intestine.

Рецензент – проф. Гасюк А. П.

Стаття надійшла 15.08.2013 р.