

© Коллектив авторов, 2011
УДК 618.145-006.2-033.1:[616.342+616.37]-089

В.А. Овчинников, К.Г. Холоденин, К.А. Гошадзе

УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКОЙ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ КИСТЫ С ВРАСТАНИЕМ В ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНУЮ КИШКУ И ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ

Кафедра общей хирургии им. А.И. Кожевникова (зав. — проф. В.А. Овчинников) Нижегородской государственной медицинской академии

Ключевые слова: *эндометриоз, многокамерное кистозное образование, экстрагенитальная эндометриоидная киста*

Эндометриоз считают одним из самых загадочных заболеваний у женщин репродуктивного возраста, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, подобной по морфологическим и функциональным свойствам эндометрию, в котором происходят ежемесячные циклические изменения [1, 2]. Эндометриоидные разрастания способны к пенетрации в окружающие ткани и образованию обширных спаечных процессов. Различают генитальный и экстрагенитальный эндометриоз. Экстрагенитальные формы эндометриоза встречаются редко. В зависимости от органа, где происходит разрастание эндометрия, выделяют 4 класса — кишечный, мочевой, бронхолегочный и эндометриоз других органов [3]. Приоритетной теорией возникновения эндометриоза является имплантационная, согласно которой эндометрий из полости матки заносится в брюшную полость с менструальной кровью через маточные трубы или перемещение эндометрия в легкие, плевру, кожу, мышцы происходит гематогенным или лимфогенным путем. Популярными остаются также метапластическая и дизонтогенетическая теории развития эндометриоза [4]. Лечение экстрагенитального эндометриоза является уделом хирургов.

В доступной литературе мы не встретили описаний экстрагенитального эндометриоза с поражением двенадцатиперстной кишки (ДПК) и поджелудочной железы.

Больная К., 55 лет, поступила в нашу клинику 10.11.2003 г. с жалобами на постоянные тупые боли в правом подреберье. Наблюдалась у хирурга в поликлинике по поводу поликистоза печени с 2000 г. Усиление боли и выраженная асимметрия живота явились показанием к госпитализации.

При поступлении состояние удовлетворительное. Кожный покров и видимые слизистые оболочки обыч-

ной окраски. Дыхание везикулярное. АД 130/80 мм рт. ст. На ЭКГ: умеренные нарушения процессов реполяризации миокарда левого желудочка. Живот асимметричен за счет выбухания его правой половины. При пальпации выявляется бугристое, мало подвижное образование, занимающее правый фланг брюшной полости от печени до малого таза. В клинических и биохимических анализах крови и мочи отклонений от нормы не обнаружено. При ультразвуковом исследовании визуализировано многокамерное кистозное жидкостное образование, видимо исходящее из головки поджелудочной железы. По данным компьютерной томографии, определяется гигантская многокамерная киста правой доли печени размером 158×195×220 мм, спускающаяся до малого таза. Общий желчный проток (ОЖП) не расширен, диаметр воротной вены 9 мм. Консультация гинеколога — патологии не выявлено. На предложенную операцию больная дала согласие.

12.11.2003 г. под интубационным наркозом произведена почти тотальная срединная лапаротомия. При ревизии обнаружено выбухающее из забрюшинного пространства от печеночно-двенадцатиперстной связки до малого таза многокамерное жидкостное образование. Восходящая ободочная и слепая кишка распластаны на нем и оттеснены вниз и медиально. Нижний полюс образования представлен плотной тканью. Две крупные камеры пунктированы, из них эвакуировано 700 мл жидкости серого цвета без запаха. Рассечена брюшина над верхним полюсом образования, и оно частично выделено. После рассечения париетальной брюшины снаружки от образования удалось легко выделить его латеральную поверхность, а затем и заднюю. Нижняя полая вена оказалась сдавленной от печени до слияния общих подвздошных вен. Правая почка также сдавлена и атрофирована. При дальнейшем выделении образования выявлено интимное спяние его с головкой поджелудочной железы, ДПК в области перехода ее в нижнюю горизонтальную ветвь и ретродуоденальной частью ОЖП. Попытка отделить образование от ДПК закончилась вскрытием ее просвета. Не удалось отделить его и от поджелудочной железы. Принято решение выполнить панкреатодуоденальную резекцию и удалить панкреатодуоденальный комплекс в едином блоке с образованием. Последовательно мобилизованы антральный отдел желудка, ОЖП, начальный отдел тощей кишки, которая после пересечения выведена из-под мезентериальных сосудов. Желудок пересечен на уровне антрального отдела, ОЖП на уровне перешейки. Выполнена холецистэктомия. После пересечения крючковидного отростка комплекс уда-

лен вместе с новообразованием. Культя поджелудочной железы анастомозирована с тощей кишкой с формированием чрескишечной вирсунгостомы, выведенной через слепой конец кишки на брюшную стенку. Далее наложен по типу «конец-в-бок» холедохоеюноанастомоз, а с культей желудка — гастроэнтероанастомоз с межкишечным соустьем по Брауну. К культе поджелудочной железы подведена дренажно-поролоновая система, а в забрюшинное пространство через контрапертуру введен активный дренаж. Ушита рана брюшной стенки. Операционная кровопотеря составила 1,5 л. Возмещена переливанием эритроцитной массы и свежезамороженной плазмы.

В течение 1 нед больная находилась на лечении в ОРИТ. Переливали эритроцитную массу и плазму. Вводили инфузамин, рефортан, контрикал, метрогил, сульперазон. Осуществляли нутритивную поддержку.

Спустя 10 дней после операции выявлено истечение гноя из дренажного канала, уходящего в забрюшинное пространство. Дренажный канал был рассечен, вскрыт абсцесс в правой подвздошной ямке, удалены гной и крошковидные массы, введен активный дренаж. Состояние улучшилось, температура тела нормализовалась. Срединная рана зажила первичным натяжением, рана на месте вскрытия абсцесса — вторичным. Больная в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное лечение.

При патогистологическом исследовании опухолевидное образование имело строение эндометриоидной многока-

мерной кисты с диффузной инфильтрацией слизистого и подслизистого слоя ДПК и лимфоидной инфильтрацией поджелудочной железы.

После операции больная наблюдается 8 лет. Первые три года никаких жалоб не предъявляла. Последние годы беспокоят слабость, снижение аппетита и массы тела. По клиническим и лабораторным данным имеется снижение экскреторной функции поджелудочной железы. На МРТ отчетливо видны ее культя и нерасширенные внутривенные и внепеченочные протоки. Выявлена послеоперационная вентральная грыжа. От операции больная воздерживается.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы.—М.: Медицина, 1998.—235 с.
2. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза.—М.: Медицина, 1996.—143 с.
3. Евтушенко И.Д., Невоструев С.А., Наследников И.О., Ткачев В.Н. Клинический случай сочетанной экстрагенитальной и генитальной форм эндометриоза // Пробл. репродукции.—2010.—№ 5.—С. 57–59.
4. Кондриков Н.И. Концепция метапластического происхождения эндометриоза: современные аспекты // Акуш. и гин.—1999.—№ 4.—С. 10–13.

Поступила в редакцию 15.06.2011 г.