

## СОЧЕТАНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА И ЭНДОМЕТРИОЗА ДИАФРАГМЫ, ОСЛОЖНЕННОГО РЕЦИДИВИРУЮЩИМ КАТАМЕНИАЛЬНЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

**Я. Порубова**<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук,

**Е. Рябов**<sup>2</sup>,

**Т. Куликова**<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Городская поликлиника №4, Благовещенск

<sup>2</sup>Амурская областная клиническая больница, Благовещенск

<sup>3</sup>Благовещенская городская клиническая больница

**E-mail:** yaya111@bk.ru

Представлено наблюдение пациентки репродуктивного возраста с агрессивным течением эндометриодной болезни и экстрагенитальной патологией, при которой больная подлежит не только тщательному наблюдению, но и последующему оперативному вмешательству.

**Ключевые слова:** акушерство и гинекология, эндометриоз, бесплодие, эндометриоз диафрагмы, катамениальный пневмоторакс.

Эндометриоз — патологический процесс, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию (сочетание железистого эндометриоподобного эпителия и цитогенной стромы) [1].

Впервые эндометриоз подробно описал в 1860 г. von Rokitansky. Термин «эндометриоз» был предложен В. Bell позже, в 1892 г. В последние десятилетия разработано более 10 классификаций эндометриоза, однако множество вопросов, в частности касающихся методов диагностики и лечения данной патологии, остаются нерешенными.

По локализации различают генитальный эндометриоз — 90–92% случаев — и экстрагенитальный — 6–8% случаев [2]. Число публикаций, посвященных поражению эндометриозом экстрагенитальных органов, имеет тенденцию к увеличению [3].

Примеры экстрагенитального эндометриоза — эндометриоз пупка, послеоперационных рубцов, кишечника, мочевого пузыря, мочеточников, легких и других органов, не входящих в репродуктивную систему.

Хотя проявления экстрапельвикального эндометриоза почти всегда коррелируют с менструальным циклом, но бывают исключения, что значительно затрудняет диагностику, оценку распространенности патологического процесса и требует существенной коррекции лечения, включая и оперативное [4–6]. Трудности, с которыми врач сталкивается при выборе метода лечения пациенток с эндометриозом, определяются многими факторами: широким разнообразием клинических проявлений, отсутствием высокоспецифичных и высокочувствительных неинвазивных диагностических мар-

керов, негативным влиянием заболевания на качество жизни и жизненную продуктивность в целом.

Приводим клиническое наблюдение.

**Пациентка У.**, 1988 г. рождения, ребенок от 1-й беременности; родилась с массой тела 2250 г при длине тела 49 см. На грудном вскармливании находилась в течение 6 мес. Наследственный анамнез не отягощен. Из перенесенных заболеваний отмечает лейкоплакию наружных половых органов в 5 лет; проходила курс лечения в гинекологическом отделении больницы в Новосибирске, отмечала улучшение. В ювенильном периоде — хронический тонзиллит рецидивирующего течения.

Начало менструальной функции — с 10 лет. Менструальный цикл установился сразу; менструации длительностью 5–6 дней, через 25–26 дней, обильные в первые 2 дня, умеренно болезненные — до 16 лет.

Половая жизнь — с 16 лет. Предохранялась барьерными методами контрацепции. С 18 лет отметила усиление болезненности менструации. В 18 лет по данным ультразвукового трансвагинального исследования диагностирована эндометриодная киста левого яичника. В 2006 г. лапароскопическим доступом проведена цистэктомия левого яичника, очаги эндометриоза в области брюшины коагулированы, назначен 3-месячный курс гозерелина. Терапию перенесла удовлетворительно, менструальная функция восстановилась в течение 5 мес после последней инъекции гозерелина.

В последующие 5 лет беременность не планировалась, предохранялась методами барьерной контрацепции, самостоятельно принимала монофазный пероральный контрацептив этинилэстрадиол + диеногест курсами не более 6 мес.

В 2011 г. после предварительного инфекционного скрининга (антитела IgG к вирусу простого герпеса 1-го и 2-го типов) пациентка отменила контрацепцию. По данным УЗИ отмечался овуляторный цикл. Метросальпингография: маточные трубы проходимы, извиты, признаки спаечного процесса в малом тазу.

В 2013 г. проведена лечебно-диагностическая лапароскопия. Объем операции: утеро-, оменто-, сальпингооариолизис двусторонний, мануальная вакуум-аспирация из полости матки, хромогидротубация. При хромогидротубации трубы проходимы. Поставлен диагноз: аденомиоз; наружный генитальный эндометриоз брюшины малого таза III степени; хронический двусторонний сальпингоофорит, ремиссия; спаечный процесс органов малого таза II–III степени; бесплодие I степени.

С 1-го дня менструального цикла назначена терапия: монофазный пероральный контрацептив этинилэстрадиол + диеногест в непрерывном режиме в течение 6 мес. Начата подготовка к экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО) и переносу эмбриона — ЭКО и ПЭ (обследование).

По данным УЗИ в июле 2014 г.: в левом яичнике лоцируется образование 20×16 мм округлой формы с наличием взвеси. Учитывая низкий уровень овариального резерва (фоликуллостимулирующий гормон — 14,6 МЕ/л, антимюллеров гормон — 0,4 нг/мл), что подтверждает мнение ряда исследователей о качестве овариального резерва у пациенток с эндометриозом,

решено применить вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) без предварительного оперативного вмешательства.

С 2012 г. во время менструации периодически, 1 раз в 2–3 мес, отмечала боли в грудной клетке справа. Болевой синдром связывала с неврологической симптоматикой, остеохондрозом, лечилась у неврологов. За 2014 г. боли в правой части грудной клетки участились до ежемесячных, однако пациентка не придала значения совпадению болей с началом менструального цикла.

Проведение процедуры ЭКО и ПЭ было запланировано на январь 2015 г. В ноябре 2014 г. пациентка планировала перед наступлением беременности провести лечение хронического вазомоторного ринита, для чего обратилась в ЛОР-отделение Амурской областной клинической больницы (АОКБ) Благовещенска, где проведена подслизистая вазотомия. В послеоперационном периоде впервые обнаружился зафиксированный рентгенологически эпизод правостороннего спонтанного пневмоторакса. Легкое расправлено, дважды выполнено дренирование плевральной полости. Причины пневмоторакса не выявлены, проведена антибактериальная, противовоспалительная терапия. Через 2 нед после выписки отмечен рецидив правостороннего пневмоторакса. С учетом анамнеза (четкая связь пневмоторакса с началом менструального цикла, колющие боли в правой половине грудной клетки в начале месячных в последние годы), заподозрен катамениальный пневмоторакс. 29.12.14 – диагностическая видеоторакоскопия справа; со стороны легочной ткани явной патологии не выявлено, со стороны диафрагмы – «островки» темно-коричневого цвета, местами сливные, до 1 см. На протяжении указанного периода принимала диеногест; реакция на прием препарата – петехиальная сыпь на голени.

За весь период наблюдения, в течение 2 мес, было отмечено 4 эпизода катамениального пневмоторакса с поступлением в торакальное отделение АОКБ и последующим дренированием плевральной полости, в связи с чем в феврале 2015 г. пациентка была прооперирована в Новосибирске: торакоскопия справа, частичная плеврэктомия с гистологическим исследованием эндометриозных «островков». Макропрепарат: множество бесформенных фрагментов ткани грязно-серого цвета; гистология: фрагменты плевры с выраженным фиброзом, отеком, кровоизлияниями, гранулезная ткань. 20.03.15 пациентка вновь поступила для пункционного расправления легкого. Акушером-гинекологом рекомендован курс гозерелина; 3-я инъекция – 18.05.15. За время применения гозере-

лина спонтанных пневмотораксов не отмечала, в связи с чем принято решение о продлении лечения аналогом гонадотропин рилизинг-гормона до 6 мес. Вопрос о проведении терапии методом ВРТ и возможности выявления последующей беременности остается открытым до получения стойкой ремиссии торакальной патологии.

Экстрагенитальный эндометриоз характеризуется высокой степенью гиподиагностики, так как часто выступает под масками различных хирургических заболеваний [3]. Особенностью описанного случая является агрессивность течения экстрагенитального эндометриоза, осложняющегося рецидивирующим катамениальным пневмотораксом в сочетании с генитальным поражением.

Наличие в анамнезе генитального эндометриоза любой степени распространения и локализации обосновывает настороженное отношение к болевым симптомам, не связанным с органами малого таза. На наш взгляд, актуален вопрос о введении в практику и классификацию термина «эндометриозидная болезнь» у пациентов с наличием сочетанных форм генитального и экстрагенитального эндометриоза, что облегчит выбор адекватной терапии и индивидуального подхода.

## Литература

1. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации / М., 2013; 86 с.
2. Мишина А.Е., Гладун С.Е., Заставнический Г.М. Эндометриоз послеоперационного рубца // Новости хирургии. – 2013; 3: 116–9.
3. Печенникова В.А., Костючек Д.Ф. К вопросу о клинических особенностях экстрагенитального эндометриоза различной локализации // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2010; 3: 61–6.
4. Леншин А.В., Быстрицкая Т.С., Ильин А.В. и др. Торакальный эндометриоз (клинико-радиологическое наблюдение, обзор литературы) // Бюл. физиол. и патологии дыхания. – 2014; 51: 118–29.
5. Heo S. et al. Unusual manifestation of endometrioid adenocarcinoma arising from subserosal cystic adenomyosis of the uterus: emphasis on MRI and positron emission tomography CT findings // Br. J. Radiol. - 2011; 84: 1007: 212–21.
6. Huang H. et al. Endometriosis of the lung: report of a case and literature review // Eur. J. Med. Res. – 2013; URL: [www.eurjmedres.com/content/18/1/1](http://www.eurjmedres.com/content/18/1/1)

## GENITAL ENDOMETRIOSIS CONCURRENT WITH DIAPHRAGMATIC ENDOMETRIOSIS COMPLICATED BY RECURRENT CATAMENIAL PNEUMOTHORAX

Ya. Porubova<sup>1</sup>, Candidate of Medical Sciences; E. Ryabov<sup>2</sup>; T. Kulikova<sup>3</sup>

<sup>1</sup>City Polyclinic Four

<sup>2</sup>Amur Regional Clinical Hospital, Blagoveshchensk

<sup>3</sup>Blagoveshchensk City Clinical Hospital

The paper describes a case of a reproductive-aged patient with aggressive endometrioid disease, as well as extragenital disease, in which the patient is to be not only thoroughly carefully, but also to further undergo surgery.

**Key words:** endometriosis, infertility, diaphragmatic endometriosis, catamenial pneumothorax.