

Научная статья

УДК 616.24

Клинический случай ведения пациентки с эндометриозом диафрагмы

Амина Рафаэлевна Джалилова, Диана Константиновна Исламиди [✉]

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия

[✉] dishader@yandex.ru

Аннотация. Экстрагенитальный эндометриоз (ЭГЭ) — редкая патология, при которой ткань, сходная морфологически эндометрии, лоцируется за пределами репродуктивной системы. Одной из главных проблем в диагностике и лечении ЭГЭ является стертое течение разных форм, поэтому у врачей разных профилей возникают трудности с постановкой точного диагноза. Описанный клинический случай в данной статье является редким проявлением ЭГЭ. Ошибки в диагностике, тактике ведения, а также в лечении основного заболевания являлись причиной оказания несоответствующей профильной медицинской помощи.

Ключевые слова: экстрагенитальный эндометриоз, спонтанный пневмоторакс, катанеальный пневмоторакс, хирургическое лечение

Для цитирования: Джалилова А. Р., Исламиди Д. К. Клинический случай ведения пациентки с эндометриозом диафрагмы // Вестник УГМУ. 2022. № 3–4. С. 66–71.

Original article

Clinical Case the Management of a Patient with Endometriosis of the Diaphragm

Amina R. Dzhaliлова, Diana K. Islamidi [✉]

Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia

[✉] dishader@yandex.ru

Abstract. Extragenital endometriosis — a rare pathology in which tissue similar morphologically to the endometrium is located outside the reproductive system. One of the main problems in the diagnosis and treatment of EGE is the erased

course of different forms, so doctors of different profiles have difficulties with making an accurate diagnosis. The clinical case described in this article is a rare manifestation of EGE. Errors in diagnosis, management tactics, as well as in the treatment of the underlying disease were the reason for the provision of inappropriate specialized medical care.

Keywords: extragenital endometriosis, spontaneous pneumothorax, catamneal pneumothorax, surgical treatment

For citation: Dzhililova AR, Islamidi DK. Clinical case the management of a patient with endometriosis of the diaphragm. *Bulletin of USMU*. 2022; (3–4):66–71. Russian.

Введение. Эндометриоз является глобальной проблемой современности. Частота эндометриоза в популяции не имеет тенденции к снижению и достигает 10 % среди женщин репродуктивного возраста [1]. Эндометриоз — это сложная мультифакторная патология репродуктивной системы с крайне негативным влиянием как на репродуктивную функцию, психическое здоровье, так и на качество жизни пациенток в целом. Особое внимание заслуживает экстрагенитальный эндометриоз (ЭГЭ), характеризующийся разрастанием ткани, сходной по морфологическому строению и функции с эндометрией, в органах и тканях, не относящихся к репродуктивной системе. На долю ЭГЭ приходится примерно 6—8 % случаев, однако в последние годы частота встречаемости растет.

К экстрагенитальному эндометриозу относится, например, эндометриоз пупка, кишечника (чаще поражаются сигмовидная, прямая и слепая кишка), мочевого пузыря, послеоперационного рубца, легких и других. Особый интерес представляет эндометриоз органов дыхания (ЭОД). Несмотря на относительную редкость выявления ЭОД, интерес к данной патологии растет как со стороны акушеров-гинекологов, так и со стороны торакальных хирургов, пульмонологов, а также врачей других специальностей [2–4]

Развитие легочных форм данной патологии является последствием диссеминации эндометриоидных клеток в организме с формированием вторичных очагов эндометриоза в отдаленных от малого таза органах и тканях [4]. ЭОД не имеет типичной клинической и рентгенологической картины. Отсутствие патогномичных симптомов приводит к невозможности установки окончательного диагноза без морфологической верификации [5].

Основной жалобой у пациенток с эндометриозом органов дыхания являются боль и (или) дискомфорт в области грудной клетки, сухой кашель, одышка при физической нагрузке. Кровохарканье и приступообразный кашель встречаются редко.

При дифференциальной диагностике эндометриоза органов дыхания должны быть исключены другие причины кровохарканья, такие как рак

легкого, туберкулез, пневмония, бронхоэктазы, заболевания сердечно-сосудистой системы.

Наиболее частым осложнением ЭОД считается спонтанный пневмоторакс, реже встречаются легочные кровотечения [6]. Пневмоторакс носит преимущественно правосторонний характер и в подавляющем большинстве случаев является рецидивирующим [6; 7]. Большинство авторов рассматривают этот вид рецидивирующего спонтанного пневмоторакса как самостоятельную группу — катамениальный пневмоторакс (КП). Катамениальный (менструальный) пневмоторакс — это рецидивирующий спонтанный пневмоторакс у женщин репродуктивного возраста, возникающий за сутки до начала менструации, а также в течение 3 дней после начала менструации [8–10]. Впервые КП был описан в 1958 г. Е. Maurer и соавторами [11].

КП проявляется частым осложнением легочной формы эндометриоза. Главной особенностью всех случаев катамениального пневмоторакса является начало менструального цикла. Частота рецидивов КП может достигать до 71 %, что делает проблему крайне актуальной [12].

В настоящее время частота случаев возникновения эндометриоза органов дыхания имеет тенденцию к увеличению, что находит отражение в увеличении частоты опубликованных клинических случаев в научной литературе. Отсутствие явной клинической симптоматики, трудности в верификации диагноза, а также несвоевременный междисциплинарный подход в лечении затрудняют качественное оказание медицинской помощи таким пациенткам. По этой причине для врачей разных специальностей (а не только для акушеров-гинекологов) необходимо донести знания об эндометриозе органов дыхания, ведь его проявления могут завести в тупик или сбить с пути решения клинической задачи даже самого опытного специалиста.

Небольшое количество описанных наблюдений в клинической практике и отсутствие патогномичных симптомов заболевания побудило нас представить свой клинический опыт лечения пациентки в гинекологическом отделении.

Клинический случай. Пациентка Л., 40 лет. Менархе — с 13 лет, цикл регулярный, через 28 дней, по 9 дней, обильные, болезненные. Половая жизнь с 17 лет, состоит в зарегистрированном браке с 18 лет. Ранее диагностированные гинекологические заболевания: множественная миома матки (интрамуральные, субсерозные узлы). Контрацепция барьерная.

Пациентка поступила на плановую госпитализацию в гинекологическое отделение Свердловской областной клинической больницы № 1 (Екатеринбург) по направлению врача из женской консультации с диагнозом «Внутренний аденомиоз». Пациентку беспокоили обильные маточные кровотечения, постоянные ноющие боли внизу живота и в области поясницы, усиливающиеся во время менструаций, диспареуния.

При выполнении бимануального влагалищного исследования тело матки увеличено до 10–11 недель беременности, шаровидной формы, плотной консистенции, безболезненное при пальпации.

При ультразвуковом исследовании органов малого таза выявлены диффузно-очаговая форма аденомиоза, миома матки малых размеров. По данным магнитно-резонансной томографии органов малого таза был подтвержден диффузно-очаговый аденомиоз, множественные миомы матки малых размеров.

Впервые пациентку стали беспокоить сильные боли внизу живота во время менструации в 2000 г., со временем также появилась диспареуния, медикаментозное лечение не получала, к врачу не обращалась. На протяжении 5 лет пациентку беспокоили обильные менструации, что явилось причиной железодефицитной анемии. Направлена врачом женской консультации в гинекологическое отделение Уральского научно-исследовательского института охраны материнства и младенчества Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ НИИ ОММ МЗ РФ), где было проведено удаление узлов аденомиоза лапароскопическим доступом. Ранний и поздний послеоперационный период протекал удовлетворительно. Около пяти лет назад возобновились боли внизу живота во время менструации, обильные маточные кровотечения и диспареуния. В целях купирования дисменореи использовала нестероидные противовоспалительные средства.

С марта 2021 г. пациентка стала отмечать тяжесть и боль в грудной клетке справа, с иррадиацией в правую руку. Госпитализирована в неотложном порядке в хирургический стационар с диагнозом «Спонтанный пневмоторакс (СП)», где проведено дренирование плевральной полости справа, после чего отмечено значительное улучшение.

Второй и третий эпизоды СП справа произошли в мае и в июле 2021 г., также повторно выполняли дренирование плевральной полости.

Четвертый эпизод СП справа произошел в августе 2021 г., когда пациентка была госпитализирована в хирургический стационар, где по данным рентгенографии органов грудной клетки был выявлен ограниченный спонтанный пневмоторакс справа. Выбрана выжидательная тактика, пациентка была направлена в противотуберкулезный диспансер по месту жительства.

Тогда же пациентка обратилась к врачу в женской консультации с жалобами на обильные маточные кровотечения, дисменорею и диспареунию. По данным УЗИ органов малого таза были выявлены признаки аденомиоза, миомы матки небольших размеров. В связи с этим был назначен диеногест, 2 мг (торговое название «Визанна», «Байер», Германия) сроком на 6 месяцев. Медикаментозное лечение с незначительным эффектом — сохранялась дисменорея, диспареуния.

В сентябре 2021 г. пациентка была направлена на дообследование, уточнение диагноза, а в последующем и для оперативного лечения в Уральском

научно-исследовательском институте фтизиопульмонологии, где была выполнена торакотомия, сублобарная атипичная резекция легких, ревизия плевральной полости, резекция С1 справа, биопсия диафрагмы. По данным гистологического заключения в микропрепарате диафрагмы очаг эндометриальной ткани без капсулы с железисто-кистозной гиперплазией.

В апреле 2022 г. пациентке была выполнена влагалищная гистерэктомия с маточными трубами. Течение послеоперационного периода неосложненное. При гистологическом исследовании послеоперационного материала подтверждена диффузноочаговая форма аденомиоза, лейомиома матки.

Заключение. Представленный клинический случай позволяет сделать следующие выводы:

- 1) легочная форма эндометриоза является редкой патологией и не имеет патогномичных клинических проявлений;
- 2) знания смежных специалистов об экстрагенитальных формах эндометриоза является ключевым звеном в своевременном выявлении, верификации диагноза, а также в эффективном лечении пациенток с данной патологией.

Список источников

1. Yeung PJr. The laparoscopic management of endometriosis in patients with pelvic pain // *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2014. Vol. 41, Iss. 3. P. 371–383. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2014.05.00>.
2. Баскаков В. П., Цвелёв Ю. В., Кира Е. Ф. Эндометриозная болезнь. СПб.: Изд-во Н-Л, 2002. 452 с.
3. Endometriosis of the lung: report of a case and literature review / Н. Huang, С. Li, P. Zarogoulidis [et al.] // *Eur. J. Med. Res.* 2013. Vol. 18, Iss. 1. P. 13–17.
4. Catamenial pneumothorax: chest X-ray sign and thoracoscopic / T. Roth, M. Alifano, O. Schussler [et al.] // *Ann. Thorac. Surg.* 2002. Vol. 74, Iss. 2. P. 563–565.
5. Внутрилегочной эндометриоз — редкая патология в торакальной хирургии / А. А. Пичуров, О. В. Оржешковский, И. В. Двораковская [и др.] // *Вест. хир.* 2014. Т. 173, № 1. С. 26–29.
6. Особенности спонтанного пневмоторакса у женщин / П. К. Яблонский, А. А. Пичуров, О. В. Оржешковский [и др.] // *Вест. хир.* 2014. Т. 173, № 6. С. 89–95.
7. Channabasavaiah A. D., Joseph J. V. Thoracic endometriosis: revisiting the association between clinical presentation and thoracic pathology based on thoracoscopic findings in 110 patients // *Medicine (Baltimore).* 2010. Vol. 89, Iss. 3. P. 183–188.
8. Торакальный эндометриоз и катамениальный пневмоторакс / О. В. Воскресенский, А. Н. Смоляр, М. М. Дамиров [и др.] // *Хирургия.* 2014. № 10. С. 4–9.

9. Catamenial pneumothorax: a rare entity? Report of 5 cases and review of the literature / A. N. Visouli, K. Darwiche, A. Mpakas [et al.] // J. Thorac. Dis. 2012. Vol. 4, Iss. 1. P. 17–31.

10. Catamenial pneumothorax revisited: clinical approach and systematic review of the literature / S. Korom, H. Canyurt, A. Missbach [et al.] // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 2004. Vol. 128, Iss. 4. P. 502–508.

11. Epidemiology of spontaneous pneumothorax in women / H. Nakamura, J. Konishiike, A. Sugamura, Y. Takeno // Chest. 1986. Vol. 89, Iss. 3. P. 378–382

12. Торакальный эндометриоз и катамениальный пневмоторакс / О. В. Воскресенский, А. Н. Смоляр, М. М. Дамиров [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2014. № 10. С. 4–9.

Информация об авторах

Амина Рафаэлевна Джалилова — ординатор кафедры акушерства и гинекологии, трансфузиологии, Уральский государственный медицинский университет (Екатеринбург, Россия).

Диана Константиновна Исламиди — кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии, трансфузиологии, Уральский государственный медицинский университет (Екатеринбург, Россия). E-mail: dishader@yandex.ru.

Information about the authors

Амина Рафаэлевна Джалилова — Resident of Department of Obstetrics and Gynecology, Transfusiology, Ural State Medical University (Ekaterinburg, Russia).

Диана Константиновна Исламиди — Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor of Department of Obstetrics and Gynecology, Transfusiology, Ural State Medical University (Ekaterinburg, Russia). E-mail: dishader@yandex.ru.