

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛУБОКОГО ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА ПУЗЫРНО-МАТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

**Якутовская С.Л., *Дуда В.И. **Федорков А.Ч.,
**Мавричева Л.А., **Толыго Д.В., **Турок И.В.*

**ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
**УЗ «Городская гинекологическая больница»*

Минск, Беларусь

yakutovskaya@mail.ru, info@ggb.by

Глубокий инфильтративный эндометриоз является особой формой эндометриоза, отличающейся выраженной тяжестью симптомов и поражением функции соседних органов. Авторами представлено собственное клиническое наблюдение пациентки с наружным глубоким инфильтративным генитальным эндометриозом пузырно-маточного пространства с абсцедированием.

Ключевые слова: глубокий инфильтративный эндометриоз; пузырно-маточное пространство; лапароскопия.

SURGICAL TREATMENT OF DEEP INFILTRATIVE ENDOMETRIOSIS OF THE VASOUS- UTERINE SPACE: A CLINICAL CASE

**Yakutovskaya S.L., *Duda V.I. **Fedorkov A.Ch,
**Mavricheva L.A, **Tolpygo D.V., **Turok I.V.*

**Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education,
Minsk City Gynecological Hospital
Minsk, Belarus*

Deep infiltrative endometriosis is a special form of endometriosis, characterized by the severity of symptoms and damage to the function of adjacent organs. The authors present their own clinical observation of a patient with external deep infiltrative genital endometriosis of the vesicouterine space with abscess formation.

Key words: deep infiltrative endometriosis; vesicouterine space; laparoscopy.

Глубокий инфильтративный эндометриоз является особой формой эндометриоза, отличающейся выраженной тяжестью симптомов и поражением функции соседних органов.

Особенностью течения инфильтративного эндометриоза является его способность к прорастанию в окружающие ткани, глубина инвазии эндометриозидных очагов может составлять 5 и более миллиметров. Наиболее частой локализацией эндометриозидных имплантатов являются крестцово-маточные связки, область ректовагинальной перегородки и пузырно-маточной складки, влагалище, прямая и сигмовидная кишки, мочеточники и мочевого пузыря [1]. Глубокий инфильтративный эндометриоз встречается у 20–50% больных с генитальным эндометриозом [2].

Мы представляем клиническое наблюдение пациентки с наружным глубоким инфильтративным генитальным эндометриозом пузырно-маточного пространства с абсцедированием.

Пациентка Л., 39 лет, поступила в городскую гинекологическую больницу 11.02. 2021 г. При поступлении предъявляла жалобы на боль в нижних отделах живота, иррадиирующую в поясничную область, повышение температуры тела до 37,4 градусов. Боль беспокоит в течение двух суток.

Акушерско-гинекологический анамнез: менархе было в 13 лет, менструации по 5 дней, нерегулярные, умеренные, болезненные (интенсивность болей — 6–7 баллов по ВАШ). Количество беременностей - 6, родов – 4, последние закончились преждевременными родами в сроке 32 недели путем операции кесарева сечения в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и поперечным положением плода.

При объективном осмотре в области послеоперационного рубца передней стенки определяется образование до 6 см в диаметре, плотноватой консистенции, болезненное при пальпации. При ультразвуковом исследовании органов малого таза выявлено: эндометриоз пузырно-маточного пространства с прорастанием в мочевого пузырь и под апоневроз в проекции левой прямой мышцы живота. Диффузная форма аденомиоза.

15.02.2021 выполнена цистоскопия, при которой по задней стенке мочевого пузыря обнаружены выпячивания слизистой в виде «бугров».

По данным МРТ органов малого таза (19.02.2021) - картина в пользу воспалительного конгломерата с наличием отграниченного жидкостного скопления с признаками абсцедирования и заинтересованностью передней брюшной стенки, матки и мочевого пузыря. Подозрение на наличие свищевого хода между стенкой матки и вышеописанным жидкостным скоплением.

По результатам обследований выставлен диагноз: Генитальный эндометриоз. Глубокий инфильтративный эндометриоз пузырно-маточного пространства с прорастанием в мочевого пузырь и под апоневроз в проекции левой прямой мышцы живота. Болевой синдром. Несостоятельность послеоперационного рубца матки. Спаечный процесс брюшной полости.

Пациентке предложено оперативное лечение, на которое получено информированное согласие.

25.02.2021. Под эндотрахеальным наркозом выполнена цистоскопия, наружное стентирование обеих почек. Через иглу Вереша наложен пневмоперитонеум в объеме 3,5 литра CO₂. Без осложнений через разрез введен троакар №11 и оптическая трубка. Под контролем зрения в брюшную полость введено 3 троакара №5.

В брюшной полости обнаружено: большой сальник широко припаян к передней брюшной стенке, матке и пузырно-маточной складке. Тело матки увеличено до 8-9 недель беременности, шаровидное, плотно спаяно с передней брюшной стенкой, сальником. Произведен адгезиолизис, мобилизована матка от передней брюшной стенки, отделён мочевого пузырь от передней поверхности матки. В результате адгезиолизиса вскрылось "шоколадное", с нагноением, содержимое пузырно-маточного пространства. Передняя стенка матки вовлечена в воспалительный процесс, дряблая, с расплзающимися тканями. В области маточного - рубца лигатурный свищевой ход с нагноением. Маточные трубы с обеих сторон - гидросальпинксы. Проведен

интраоперационный консилиум по решению которого, выполнено сложное оперативное вмешательство - полостное реконструктивно-хирургическое вмешательство на матке при инфильтративных формах распространенного эндометриоза : Лапароскопия. Адгезиолизис с иссечением эндометриоза в пузырно-маточном пространстве. Экстирпация матки с маточными трубами. Резекция сальника. Произведена контрольная цистоскопия - дефектов стенки мочевого пузыря не выявлено, наружные почечные стенты удалены.

Микроскопическое описание и заключение: Хронический цервицит. Эндометрий пролиферативного типа. Очаги аденомиоза, метроэндометрит. Хронический сальпингит, перисальпингит с участками флегмонозно-гнойного воспаления, некрозом мягких тканей, геммогагическим пропитыванием, отложением фибрина. Сальник с диффузно-очаговым хроническим воспалением, фиброзом, участком флегмонозно-гнойного воспаления.

Послеоперационный период протекал без осложнений. В качестве терапии назначен диеногест в дозе 2 мг/сут на 6-12 месяцев.

Одной из основных причин эндометриоза является диссеминация клеток эндометрия на брюшину и органы малого таза во время хирургических вмешательств с повреждением эндометрия (диагностических выскабливаний, кесарева сечения) [3], что имело место и у пациентки Л.

Представленный нами клинический случай подтверждает сложность диагностики и дифференциальной диагностики атипических форм наружного глубокого инфильтративного генитального эндометриоза, том числе и эндометриоза пузырно-маточного пространства, особенно если его течение осложняется абсцедированием на фоне метроэндометрита и лигатурного свищевого хода с нагноением в области послеоперационного рубца на матке. МРТ и УЗИ органов малого таза, особенно в комбинации трансвагинального и трансабдоминального исследований, имеют важное значение для диагностики инфильтративных форм глубокого эндометриоза [4], в том числе и осложненных форм, позволяя оценить локализацию и размер очага, что подтверждается литературными данными [5]. Радикальное удаление очагов эндометриоза в сочетании терапией диеногестом является эффективным методом лечения [4].

Список литературы

1. Johnson NP, Hummelshoj L, Adamson GD et al. World Endometriosis Society consensus on the classification of endometriosis // Hum Reprod. – 2017. – Vol. 32 (2). – P. 315–324.
2. Ruffo G, Scopelliti F, Manzoni A et al. Long-term outcome after laparoscopic bowel resections for deep infiltrating endometriosis: a single-center experience after 900 cases // Biomed Res Int 2014. – 2014. – P. 463058.
3. Viganò P., Somigliana E., Gentilini D., Benaglia L., Vercellini P. Back to the original question in endometriosis: implantation or metaplasia? // J. Endometriosis. – 2009. – Vol. 1(1). – P. 1–8.
4. Байрамова Н. Н., Протасова А. Э., Раскин Г. А., Ярмолинская М. И., Байрамов Х. Н., Дроздов А. А. Атипический эндометриоз мочевого пузыря: описание клинического наблюдения // Доктор.Ру. – 2018. – № 6(150). – С.61–66.

5. Medeiros L. R., Rosa M. I., Silva B. R., Reis M. E., Simon C. S., Dondossola E. R. et al. Accuracy of magnetic resonance in deeply infiltrating endometriosis: a systematic review and metaanalysis // Arch. Gynecol. Obstet. – 2015. – Vol. 291(3). – P. 611–621.